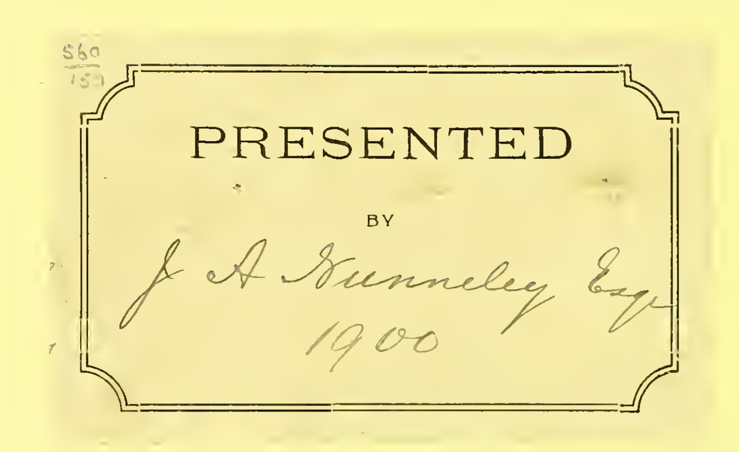



560
159
PRESENTED
BY
J A Nunneley Esq
1900



PATHOLOGIE

CHIRURGICALE.

PLAN ET MÉTHODE

QU'IL CONVIENT DE SUIVRE

DANS L'ENSEIGNEMENT DE CETTE SCIENCE.

Thèse présentée le 20 mars 1831 au Concours pour la Chaire de Pathologie externe près la Faculté de Médecine de Paris.

PAR JULES CLOQUET,

Chevalier de la Légion-d'Honneur, Chirurgien de la Maison Royale de Santé, Professeur de la Faculté de Médecine, Membre de l'Académie Royale de Médecine, de la Société Philomatique, de l'Académie des Sciences Naturelles de Philadelphie, du Lycée d'Histoire Naturelle et de l'Académie de Médecine de New-York, de la Société Médicale de Lexington, de la Société Médico-Chirurgicale de Berlin, de l'Académie Impériale de Médecine de Wilna, de la Société Académique de Médecine de Marseille, de l'Académie de Médecine de Bruxelles.

A PARIS,

CHEZ BÉCHET JEUNE, LIBRAIRE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 4:

ET CHEZ LES PRINCIPAUX LIBRAIRES DE LA FRANCE ET DE L'ÉTRANGER.

1831.

JURY.

Président : M. . . . . ANT. DUBOIS.

Juges : MM. . . . .

- CRUVEILHIER.
- DUMÉRIL.
- DUPUYTREN.
- MARJOLIN.
- MOREAU.
- RICHERAND.
- ROUX.
- BAFFOS.
- BRESCHET.
- MURAT.
- RIBES.

Juges Suppléans : MM. . . . .

- ALIBERT.
- CHOMEL.
- HERVEY DE CHEGOIN.

Concurrens : MM. . . . .

- BÉRARD (aîné).
- BLANDIN.
- CLOQUET (Jules).
- DUBLED.
- GERDY.
- NORGEU.
- PETIT.
- SANSON (aîné).
- SANSON (jeune).
- THIERRY.
- VELPEAU.

IMPRIMERIE DE H. FOURNIER,
RUE DE SEINE, N. 14.

AVANT-PROPOS.

Pour me conformer au Programme du Concours, j'ai dû diviser ma dissertation en deux parties.

Dans la première, j'ai tenté de déterminer la place qu'on doit assigner à la Pathologie parmi les autres branches de l'art de guérir : j'indique ensuite la division de cette science en *Pathologie générale* et en *Pathologies spéciales*, c'est-à-dire en *interne* ou *médicale*, et en *externe* ou *chirurgicale*. Ne pouvant admettre la séparation de ces dernières que pour la facilité de l'enseignement et l'exercice de la pratique, j'arrive à cette conclusion que les études doivent être les mêmes pour les élèves en médecine et ceux en chirurgie. L'étude des Pathologies spéciales devant être précédée de celle de la Pathologie générale, j'ai cru devoir présenter sommairement les principales divisions de cette dernière science, en insistant spécialement sur les points relatifs à la chirurgie.

Dans la seconde partie de cette thèse, j'ai indiqué le plan du Cours, la méthode que devait suivre le Professeur, et les moyens qu'il devait employer pour en assurer le succès.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

PLAN ET MÉTHODE

QU'IL CONVIENT DE SUIVRE

DANS L'ENSEIGNEMENT DE CETTE SCIENCE.

PREMIÈRE PARTIE.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

« La première chose à faire lorsqu'on se livre à « l'étude d'une science ou d'un art, c'est d'en « déterminer exactement l'objet et les limites. »

RICHERAND, *Nosog. chirurg.*, t. I, p. L.

Les matières qui font le sujet de la pathologie, dite chirurgicale, ne sauraient être méthodiquement traitées, si l'on n'assignait d'abord à cette science la place qu'elle doit occuper parmi les autres branches de l'art médical.

Conserver l'homme dans l'état de santé, le soulager ou le guérir des nombreuses maladies dont il peut être affligé, tel est le but de la médecine. Mais avant de se livrer à l'exercice de cette profession, le médecin doit parfaitement connaître l'organisation et les fonctions du corps humain ; il doit avoir étudié les circonstances qui peuvent entretenir ou altérer la santé, les

maladies qui la détruisent, et les moyens que l'art peut offrir pour prévenir ou combattre ces dernières.

1° La science de l'homme sain comprend l'*Anatomie* et la *Physiologie.* La première, si bien nommée science de l'organisation, nous fait connaître les qualités extérieures, les rapports, la texture intime des organes dont la réunion constitue le corps humain; la seconde anime, met en action ces mêmes organes, dont elle nous indique les fonctions, en nous révélant les phénomènes de la vie: science de l'organisme, elle complète l'étude de l'homme sain au moral et au physique, car c'est elle qui doit expliquer les lois qui président aux opérations de l'intelligence comme celles qui règlent et dirigent les autres fonctions du corps.

2° L'*Hygiène*, ou l'art de conserver la santé par l'usage bien ordonné des choses extérieures et de nos propres facultés, forme la seconde partie des sciences médicales. Son sujet est l'homme: sa matière comprend l'étude de l'influence que peuvent exercer sur lui les circonstances dans lesquelles il est placé, les substances matérielles et les agens physiques qui lui sont immédiatement appliqués, les alimens dont il se nourrit, les mouvemens qu'il exécute, l'intégrité ou la perversion de ses diverses excrétions, le repos, la fatigue, l'état de veille ou de sommeil et les passions variées qui agitent son ame par des émotions violentes, douces ou pénibles.

3° La *Pathologie* est la science de l'homme malade, la connaissance des maladies, quel que soit le tissu, le système, l'appareil, l'organe qu'elles affectent, et soit qu'elles consistent dans des lésions physiques, organiques, ou vitales.

A la Pathologie se rapporte l'étude des changemens produits par les maladies dans la texture, la composition, la forme, les rapports, les connexions, l'existence et les fonctions des organes, étude importante, et qui, sous le nom d'*Anatomie pathologique*, a jeté un si grand éclat sur les travaux des médecins modernes.

4° La *Thérapeutique,* ou l'art de traiter les maladies, recourt à tous les moyens qui peuvent les combattre, les détruire ou les modifier, et concourir, soit au rétablissement complet de la santé, soit à une amélioration dans l'état morbide. Tantôt elle n'emploie que les règles de l'hygiène dont l'application constitue le régime, et le traitement alors est dit *hygiénique* ou *diététique;* d'autres fois elle fait usage des médicamens fournis par la pharmacie et son traitement est *pharmaceutique :* enfin dans une foule d'affections, elle

emprunte les secours de la chirurgie, et le traitement est nommé *chirurgical*.

Mais il est bien rare, comme nous le verrons, que ces trois moyens de guérison ne soient pas combinés ensemble pour le plus grand nombre des maladies.

5° Enfin les *sciences accessoires* de la médecine, qui prêtent un si puissant appui aux précédentes avec lesquelles elles sont intimement liées, sont la physique, la chimie, l'histoire naturelle, la matière médicale.

On peut voir, d'apres ce court aperçu, que, dans la médecine, comme dans les autres sciences physiques dont elle n'est qu'une division, il existe deux parties distinctes : l'une purement dogmatique, théorique et démonstrative, c'est la *Pathologie;* l'autre, pratique, faisant à l'homme l'application des connaissances fournies par la précédente, c'est la *Clinique*. La première sert, pour ainsi dire, d'introduction à la seconde.

Existe-t-il une *Pathologie interne* ou *médicale* et une *Pathologie externe* ou *chirurgicale?* La topographie, le siège extérieur ou intérieur des maladies suffit-il pour justifier leur division en internes et en externes?

Sur ces importantes questions, je partage complètement l'opinion de M. le professeur Richerand, qui avait à examiner ce sujet lorsque, en 1807, il fut nommé professeur de Pathologie externe à la Faculté de Médecine; comme lui, je ne pense pas qu'on puisse raisonnablement établir ces distinctions entre les maladies. On considérait autrefois la chirurgie seulement comme la partie de la médecine qui emploie la main, les instrumens ou les topiques dans le traitement des maladies. Cette distinction ne donne qu'une simple idée des moyens qu'on met le plus souvent en usage dans la pratique chirurgicale, et ne peut, par conséquent, convenir à l'état actuel de cette science.

Selon quelques auteurs, la médecine a pour but le traitement des maladies internes, et la chirurgie celui des maladies externes; cette distinction n'est pas plus rigoureuse que la division elle-même des maladies en internes et externes. Personne ne disconviendra qu'il n'appartient qu'aux chirurgiens de traiter les malades affectés de pierre dans la vessie, d'empyème, d'épanchement dans le crâne à la suite de violences extérieures, et cependant ces maladies ne sont pas externes.

On a encore voulu distinguer la médecine de la chirurgie, en considérant la première comme une science et la seconde comme un art. Cette distinction tend à faire regarder la chirurgie comme une simple profession mécanique : elle est peu exacte sous ce rapport. Les mêmes lois, dit Pearson, pré-

sident, dans l'état de santé, à l'exercice des fonctions des organes intérieurs et des parties extérieures: qu'une inflammation se manifeste dans un organe profondément situé, ses effets et ses symptômes offriront beaucoup de ressemblance avec ceux de la même affection développée dans les parties extérieures, et les indications thérapeutiques seront à peu près semblables. Or, si par science on entend la connaissance des lois de la nature, celui qui connaîtra ce qu'on sait de positif sur l'origine, la marche et la terminaison des maladies réputées chirurgicales, méritera tout aussi-bien le titre de savant praticien que les médecins les plus expérimentés. La médecine et la chirurgie, souvent distinctes et séparées dans la pratique, sont donc inséparables dans leurs théories et leurs principes, puisqu'elles ne constituent qu'une seule et même science. Et la chirurgie se distingue seulement parce que ceux qui la cultivent doivent unir aux connaissances qui leur sont communes avec les médecins quelques facultés dues, les unes à l'organisation reçue de la nature, les autres à la perfection de certains organes acquise par l'exercice, l'habitude et des études spéciales : aussi ce que l'on peut appeler chirurgie n'est à proprement parler qu'une branche de la Thérapeutique.

Le plus simple examen des maladies de l'homme démontre jusqu'à l'évidence que la séparation de la médecine et de la chirurgie ne peut être fondée. Depuis long-temps l'expérience a prouvé que le régime et l'usage des médicamens intérieurs sont indispensables dans le traitement de la plupart des maladies appelées chirurgicales, tandis qu'il est peu d'affections internes pour lesquelles le médecin ne soit obligé d'avoir recours à quelque application manuelle ou topique, à quelque moyen qu'il emprunte à la chirurgie. Le traitement des fièvres et des inflammations intérieures, dit Thompson, est confié exclusivement aux médecins, partout où l'on admet la distinction des praticiens en médecins et en chirurgiens, et cependant dans certaines espèces de fièvres et dans quelques inflammations internes, la saignée, opération chirurgicale, est le plus souvent le principal, sinon le seul remède à employer. La rétention d'urine dans la vessie survient fréquemment dans le cours des maladies fébriles, et le plus souvent elle ne peut être guérie par l'usage des médicamens internes; il devient nécessaire alors de pratiquer une opération de chirurgie, d'introduire une sonde dans la vessie, afin d'évacuer l'urine qui distend outre mesure ce réservoir, et d'empêcher son inflammation, sa gangrène ou sa rupture.

L'étendue et la multiplicité des connaissances exigées par l'art de guérir

forcent à en confier aujourd'hui l'exercice à trois classes de personnes différentes : les médecins proprement dits, les chirurgiens et les pharmaciens. Chez les anciens, le même individu s'occupait à la fois des trois branches de la science. Les écrits d'Hippocrate, de Galien, de Celse, de Paul d'Égine, d'Albucasis, prouvent que les Grecs, les Romains et les Arabes n'avaient point séparé les maladies en médicales et en chirurgicales, qu'ils n'avaient point fait de la chirurgie une branche particulière de la médecine-pratique. Tous ces auteurs anciens traitent en même temps des fièvres, des fractures, des plaies, des affections nerveuses.

D'abord réunies, pendant des siècles, par les maîtres de l'art, puis ensuite séparées vers le milieu du douzième siècle par des idées de fanatisme religieux (1), et maintenues plus tard dans cet état de séparation par des intérêts individuels ou de corporations, la médecine et la chirurgie sont et demeurent donc de nouveau réunies par l'esprit philosophique du dix-neuvième siècle. La science médicale est une; les moyens par lesquels on en fait l'application pour conserver l'existence ou ramener la santé, ceux de l'art de guérir, ceux de la thérapeutique enfin, sont seuls différens, et ses deux parties, la médecine et la chirurgie, doivent marcher de front. En effet, des nombreuses maladies qui affligent de toutes parts l'espèce humaine, les unes guérissent spontanément par le seul bénéfice, par la force conservatrice de la nature; d'autres, pour leur guérison, réclament l'usage intérieur des médicamens qui modifient ou détruisent l'état vicieux des propriétés vitales, des solides et des liquides; d'autres enfin exigent, surtout dans leur traitement, des applications topiques ou l'emploi des opérations chirurgicales.

Mais le plus grand nombre des maladies ne réclament-elles pas à la fois ces trois moyens thérapeutiques, empruntés à l'hygiène, à la pharmacie ou à la chirurgie? « *Quæ medicamenta non sanant*, dit Hippocrate, *ferrum sanat;* « *quæ ferrum non sanat, ignis sanat; quæ ignis non sanat, insanabilia.* » Qu'un homme soit pris d'une inflammation de poitrine : le repos, la diète,

---

(1) En 1163, le concile de Tours défendit aux ecclésiastiques toute opération sanglante, sous prétexte que l'Église abhorre l'effusion du sang. La chirurgie fut alors rejetée du sein des Universités. C'est dès cette époque qu'elle fut séparée de la médecine et abandonnée aux laïques, gens illétrés dans ces siècles de barbarie. Roger, Roland, Bruno, Lanfranc, Guillaume de Salicet et Gordon, les chirurgiens les plus célèbres de ces temps, bien qu'oubliés aujourd'hui, se contentèrent de compiler et de commenter les Arabes.

le silence le plus absolu, etc., seront les moyens empruntés à l'hygiène; les boissons délayantes et adoucissantes prises en abondance, des calmans, etc., lui seront fournis par la pharmacie; les saignées générales et locales seront pratiquées pour modérer ou arrêter la violence de l'inflammation ; des vésicatoires lui seront appliqués pour la détourner : cependant ces derniers moyens appartiennent à la chirurgie. Un malade est affecté de cataracte : certes l'opération par laquelle on déprime ou l'on extrait le cristallin opaque qui met obstacle à la vision, formera la partie essentielle du traitement; mais pour assurer le succès de l'opération, le chirurgien n'est-il pas obligé de disposer le malade à la subir par un régime convenable, qui doit être continué après qu'elle est pratiquée? ne doit-il pas emprunter aux moyens pharmaceutiques les boissons, les purgatifs, si souvent nécessaires dans le traitement de cette affection? Il me serait facile de multiplier ces exemples, pour prouver l'inséparable union des maladies dites *médicales* et de celles qu'on nomme *chirurgicales*.

Mais n'est-il pas suffisamment démontré que si les premières réclament quelquefois l'emploi de moyens chirurgicaux, tels que les saignées, les vésicatoires, les cautères, les secondes ne sauraient être traitées d'une manière méthodique par la seule opération, et que le régime et les médicamens fournissent presque toujours des moyens puissans et nécessaires pour amener la guérison. La disproportion qui existe entre l'étendue de la science et celle de l'esprit humain, a dû conduire à des résultats qu'on prévoit : ne pouvant agrandir le dernier, l'on a dû diviser la science en plusieurs parties, dont l'étendue fût à peu près en rapport avec notre capacité intellectuelle. De là les nombreuses divisions artificielles de la pathologie. La plus importante de toutes est celle qui la distingue en interne ou médicale, et en externe ou chirurgicale : la plupart des autres ne sont que des divisions secondaires.

Ce serait à tort que l'on voudrait soutenir que la chirurgie est ce qu'il y a de certain dans la médecine : *quod in medicinâ certum*. Bien qu'on puisse, en effet, calculer et apprécier d'avance d'une manière mathématique l'action des instrumens dans les opérations de la chirurgie, celle-ci ne se borne pas, comme nous venons de le voir, au simple manuel opératoire, et l'on n'est pas un bon chirurgien parce qu'on est habile opérateur. Les chirurgiens sont souvent aussi embarrassés pour prononcer sur des cas de pathologie externe, que les médecins peuvent l'être dans des maladies qui sont spéciale-

ment de leur domaine. D'ailleurs le médecin qui, dans une fièvre intermittente, administre le quinquina, n'agit-il pas d'une manière souvent plus certaine pour les résultats, que le chirurgien qui pratique une opération ?

Cette définition qui semblerait, en assurant la certitude de la chirurgie, lui donner le pas sur la médecine, ne serait donc pas juste; comme la chirurgie n'est qu'une branche essentielle de la thérapeutique, qui applique la main seule ou armée d'instrumens au corps de l'homme pour la guérison de ses maladies, il vaut mieux la définir ce qu'il y a de mécanique dans la thérapeutique : *quod in therapeiâ mecanicum.*

Les mêmes études, les mêmes connaissances sont donc indispensables au médecin et au chirurgien. Celui-ci ne se borne plus à opérer sous la direction du premier, comme aux temps qui précédaient l'époque où l'on prétendit élever *un mur d'airain* entre la médecine et la chirurgie, celle-ci venant d'être émancipée par la création de l'Académie royale de Chirurgie. Mais l'on peut dire seulement que le chirurgien, habitué à la pratique des opérations, possède quelques moyens de guérison de plus que le médecin.

Si nous voulions remonter à l'origine première de la chirurgie, et suivre les progrès qu'elle a faits pour s'ériger en corps de doctrine, nous serions forcés de la considérer simultanément avec les autres branches de l'art de guérir; nous aurions à remarquer la liaison qui existe entre l'histoire de l'anatomie et celle de la chirurgie; nous verrions que leurs époques se correspondent exactement, et que les progrès de la première de ces sciences semblent toujours avoir précédé ceux de la seconde. De semblables détails nous conduiraient trop loin; ils appartiennent plutôt à l'histoire de l'art qu'à des considérations sur la pathologie. Je ne puis que renvoyer aux divers ouvrages publiés sur cette matière, à celui de Sprengel en particulier.

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE PATHOLOGIE.

DÉFINITION ET DIVISIONS.

« La pathologie a été divisée en *générale* et en *spéciale*, et l'une et l'autre s'appliquent à toutes les maladies. La pathologie générale a pour objet les maladies considérées d'une manière abstraite et dans ce qu'elles offrent de commun, elle les embrasse toutes dans un même cadre où l'on voit les points de contact qu'elles ont entre elles et les liens qui les unissent. La pathologie spéciale comprend également toutes les maladies, mais elle les présente dans une série de cadres particuliers, où chaque affection est dessinée avec la physionomie qui lui est propre et qui sert à la distinguer de toutes les autres (Chomel). » La pathologie générale doit donc être envisagée d'une manière absolue, sans que l'on ait à s'occuper de la division artificielle des maladies en médicales et en chirurgicales, ces deux groupes n'ayant été établis, comme nous l'avons vu, que pour la facilité de l'enseignement et la convenance de la pratique. Néanmoins, dans l'abrégé rapide que je vais tracer de cette science, j'insisterai davantage sur les maladies qui réclament les secours chirurgicaux.

Si la santé peut être définie, *l'exercice libre, facile et régulier des différentes fonctions*, la maladie, par opposition, consistera dans *une altération notable soit dans la position et la structure des parties*, *soit dans l'exercice d'une ou de plusieurs fonctions.*

La pathologie comprend plusieurs parties que nous allons successivement passer en revue et sur quelques-unes des quelles existent des traités spéciaux, bien qu'elles ne soient que les diverses branches de cette science. Ces parties sont : 1° la *Nomenclature*, qui s'occupe de la synonymie et de l'étymologie des noms imposés aux maladies ; 2° l'*Etiologie* qui recherche leurs causes ; 3° la *Symptomatologie* ou l'étude de leurs symptômes ; 4° la *Séméiotique* qui traite des signes diagnostiques et pronostiques ; 5° la *Marche* et les *Terminaisons* des maladies ; 6° l'*Anatomie pathologique* enfin qui indique les altérations que produisent les maladies dans nos tissus.

Pour compléter ce tableau, je traiterai, en peu de mots, des principes généraux de la *Thérapeutique*, parce que, dans un cours de pathologie ex-

terne on ne peut faire l'histoire des maladies sans parler de leur traitement, sans comprendre dans un même cadre la pathologie et la thérapeutique chirurgicales.

1° NOMENCLATURE DES MALADIES, SYNONYMIE, ÉTYMOLOGIE.

La pathologie n'a pas suivi, dans les perfectionnemens apportés aux nomenclatures, les progrès des autres sciences; aussi n'en est-il peut-être aucune dont la nomenclature soit aussi défectueuse que la sienne, et ce n'est pas sans raison, sans doute, que l'on en a trouvé les causes dans la lenteur avec laquelle les hommes se sont élevés à la connaissance des maladies. Rien n'est, en effet, si bizarre et si informe que l'ensemble des noms imposés aux diverses affections : désignées tantôt d'après leur siège connu ou présumé, comme la *pleurésie*, l'*hystérie;* tantôt d'après les causes qui les produisent, comme les *coups d'air*, les *maladies flatulentes* ou *venteuses*, l'*embarras gastrique;* elles l'ont été quelquefois d'après le lieu dont elles sont originaires, comme le *typhus d'Amérique*, la *peste d'Orient*, la *maladie des Barbades*, et d'autres fois d'après le nom des peuples qui les ont transmises, comme les dénominations de *mal français* et de *mal napolitain* données à la maladie vénérienne. D'autres ont dû leurs noms à la grossière ressemblance qu'on a trouvée entre elles et certains produits de l'industrie humaine, de l'histoire naturelle ou quelques autres substances, comme la *tympanite*, les *fistules*, les *clous*, les *cancers*, les *fraises*, les *polypes*, les *kystes*, les *taupes*, les *mélicéris*, les *stéatômes*, les *athérômes*, etc. On a donné encore à certaines maladies le nom des médecins qui les ont fait le mieux connaître, comme le *mal de Pott;* quelques-unes ont été nommées d'après la nature de la lésion, comme les *fractures*, les *luxations*, les *ruptures*, les *contusions*. Les formes, les couleurs, les principaux symptômes, le type, les caractères, des maladies ont encore servi à leur imposer des noms particuliers.

Il est facile de voir de suite les vices, l'incohérence et l'imperfection d'une semblable nomenclature; nous sommes obligés cependant d'adopter ces noms informes pour la plupart, et qui, souvent même, entraînent une idée fausse dans leur acception; le néologisme qu'introduirait nécessairement dans le langage de la science une meilleure nomenclature, serait peut-être un inconvénient encore plus grand que la nomenclature actuelle, quel-

que vicieuse et imparfaite qu'elle soit : vérité bien sentie par Morgagni quand il dit: *Si nunc essent imponenda nomina, non dubito quin plura excogitari possint meliora et cum vero magis congruentia; sed præstat, opinor, verum postea animadversum docere, vetera autem et usitata nomina retinere.*

Souvent la même maladie a reçu des auteurs plusieurs noms, et le même nom a été donné à des maladies totalement différentes les unes des autres : ainsi les *hernies* ont été appelées *efforts*, *descentes*, *ruptures*, *grèveure*, *hargne*, etc. L'*amaurose* a été nommée *goutte sereine*, *goutte obscure*, *suffusio nigra.* On a appelé *loupes* des tumeurs essentiellement différentes dans leur nature, leur marche, leurs terminaisons, telles que des tumeurs graisseuses, fibreuses, vasculaires, cancéreuses, enkystées, etc.

Il est donc nécessaire, pour éviter la confusion, d'ajouter à l'étude de chaque maladie en particulier, les noms variés qu'on leur a imposés et l'acception de chacun de ces noms.

L'étymologie des noms donnés aux maladies est presque toujours empruntée aux langues grecque ou latine. Presque jamais elle ne donne une idée exacte de la chose, et quelquefois elle en donne une idée fausse. « Par « exemple, dit l'auteur des *Élémens de pathologie générale*, les mots *phlegmon*, *phlegmasie*, de φλέγω, je brûle, présentent seulement l'idée de la cha- « leur qui n'est qu'un des symptômes de la maladie. Le mot de *péripneumonie*, « de περί, autour, et de πνεύμων, le poumon, indique une affection qui a son « siège autour du poumon, bien que la péripneumonie consiste dans l'in- « flammation de ce viscère lui-même et non des parties qui l'entourent. Ainsi « l'étymologie fournit, dans le premier cas, une image imparfaite de la chose; « dans le second, une idée fausse. »

2° DE L'ÉTIOLOGIE (1).

L'Étiologie a pour objet la connaissance des causes morbifiques ou de tout ce qui produit ou concourt à produire les maladies.

Les causes des maladies sont très-nombreuses; elles existent partout autour de nous et en nous. Pendant long-temps on s'est attaché à connaître leur nature intime, tandis qu'on ignorait encore quel était le véritable siège des

(1) Hufeland a nommé cette partie de la science *pathogénie*, de πάθος, maladie, et de γένεσις, génération.

maladies. « Du temps d'Hippocrate, dit avec raison un auteur moderne, on « définissait peu, et l'on décrivait beaucoup; les philosophes des siècles sui-« vans définissaient tout et ne décrivaient rien. »

Pendant ces siècles d'ignorance, de vains systèmes, produits d'une imagination fantastique, tenaient lieu dans les écoles d'une bonne méthode basée sur l'observation rigoureuse des faits; on se perdait dans des discussions interminables, sur les causes premières des maladies, sur leur essence intime. Les *humoristes* avancèrent que les humeurs qui jouaient, suivant eux, le premier rôle dans l'économie, étaient toujours primitivement et souvent seules affectées. Ils recherchèrent les causes des maladies dans les altérations du sang, de la lymphe, de la pituite, de la bile, ou même dans la formation de liquides qu'ils avaient imaginés à cette fin, comme *l'atrabile;* les fluxions humorales, les métastases ou translations des humeurs morbifiques d'un organe sur un autre, les crises humorales, appartiennent spécialement à leur théorie. Ils trouvèrent dans la surabondance ou la pénurie, l'alcalescence ou l'acidité, la crudité, la fermentation, la putridité ou la décomposition des humeurs, les causes de toutes les maladies du corps humain.

Les *solidistes*, non moins exclusifs que leurs antagonistes de théorie, et cependant leurs compagnons d'erreurs, attribuant tout aux solides dans l'économie, crurent que dans les maladies il n'y avait que tension ou relâchement de la fibre, sthénie ou asthénie, irritation ou débilité, prostration, etc. Aussi dans leur thérapeutique, erronée comme les systèmes qui lui servaient de base, les premiers prétendirent corriger la composition vicieuse des humeurs, neutraliser leur acidité ou leur alcalescence, s'opposer à leur fermentation, détruire leur putridité, chasser, évacuer la *matière peccante;* les autres voulurent augmenter ou diminuer la tension des fibres, calmer, détruire l'irritation, ou la changer de place par des contre-irritations, etc. Certains auteurs virent les causes de toutes les maladies, dans les mouvemens irréguliers, insolites, dans les dérangemens des *esprits animaux* qu'ils avaient imaginés pour expliquer les phénomènes de la vie et ceux de l'innervation en particulier.

C'est encore à ces systèmes, purement hypothétiques, qu'on peut rapporter ceux des auteurs modernes qui, profitant des découvertes de la chimie et de la physiologie expérimentale, ont cru trouver les causes des maladies dans l'abondance ou le défaut d'oxygène, d'hydrogène, de carbone ou d'azote.

L'observation clinique, s'appuyant sur la connaissance des lois de l'organisation et de la vie, et l'examen des phénomènes des maladies, a fait heureusement justice de tous ces faux systèmes, de toutes ces vaines théories qui, pendant des siècles, ont exercé l'influence la plus déplorable sur l'esprit des écoles, l'enseignement et le traitement des maladies.

Tout, en effet, se lie et s'enchaîne dans l'organisme, en prenant ce mot dans son acception la plus étendue. Les liquides doués d'un principe de vie doivent former les solides qui les renferment et les font circuler; ils doivent renouveler leurs molécules, entretenir leur nutrition. Les solides, à leur tour, redeviendront liquides par le mouvement de décomposition nutritive; ils rentreront dans le torrent de la circulation. Les uns et les autres n'ont donc qu'une existence passagère dans l'état qui les constitue liquides ou solides. Les uns ne sauraient donc être altérés sans que les autres ne s'en ressentent aussitôt, parce que le changement de consistance, l'espèce de métamorphose d'une forme à une autre, qu'ils éprouvent, est continuelle pendant la vie, comme la nutrition, dont elle constitue le principal phénomène. Aussi, dans le plus grand nombre des maladies, les altérations portent à la fois sur les humeurs et sur les organes, que l'altération ait commencé primitivement par les premières ou par les seconds.

Beaucoup d'affections, comme celles désignées sous le nom de *nerveuses*, se dérobent à nos moyens d'investigation, et présentent, pour la plupart, dans leur nature et leurs causes premières, autant d'obscurité que les admirables phénomènes du système nerveux dont elles dépendent. Mais n'ayons pas la prétention de remonter aux sources primitives d'une foule d'altérations, de vouloir définir des causes occultes, de tout expliquer. « Il vaut « mieux, disait Gaubius, suspendre sa marche que d'avancer au milieu de « la nuit. » Cette marche nous conduirait infailliblement dans les écarts de la vieille philosophie, nous ramènerait à sa polémique scolastique, à ses sophismes. Contentons-nous d'observer les faits, de les recueillir exactement, de les coordonner et de les grouper d'après leurs différences ou leurs analogies.

L'inflammation, dont la définition ne peut être donnée que par l'exposition de ses principaux symptômes, est, sans contredit, un des phénomènes les plus ordinaires dans les maladies, quand elle ne les constitue pas essentiellement. Mais doit-on en conclure, comme le veulent quelques esprits systématiques, que toutes les maladies résident dans des inflammations, que

tous les phénomènes morbides ne sont que leurs effets immédiats ou sympathiques? Soutenir une pareille thèse serait encore rentrer dans les systèmes établis *à priori*, et embrasser un parti exclusif. Pour éviter ces écueils, n'oublions jamais, comme l'a dit un élégant écrivain, que « nul esprit n'est « plus sophiste que l'esprit de parti : par lui le mal devient le bien, le faux « le vrai. »

L'inflammation est toujours elle-même le résultat de l'action d'une cause morbifique première qui l'a déterminée, quelle que soit la nature de cette cause. Dans un grand nombre de circonstances, cette cause paraît agir d'abord sur le système nerveux, y déterminer une irritation spéciale qui produit l'afflux du sang et occasione soit une hémorrhagie active dans quelques cas, soit le plus souvent le développement des phénomènes ultérieurs de l'inflammation. Le système capillaire sanguin ne fait que répondre à l'appel du système nerveux : *ubi stimulus, ibi fluxus;* la douleur se développe, la fièvre s'allume, et tous les changemens qui surviennent dans l'économie dénotent un trouble général dans les fonctions du système nerveux et des autres organes qui lui sont soumis.

Ce système, en effet, tient sous sa dépendance toutes les fonctions dont il est en quelque sorte le régulateur. Il semble veiller continuellement au maintien de leur libre exercice, et à la conservation de l'intégrité des organes qui les exécutent. Siège de l'intelligence, des sensations internes morales et affectives, il préside aux fonctions des organes des sens et du mouvement, et joue un des rôles les plus importans dans les phénomènes de la digestion, de la respiration, de la circulation, de la calorification, etc.

Les deux systèmes nerveux sont liés entre eux, comme on sait, par de fréquentes anastomoses, et semblent embrasser tous les organes dans un vaste réseau. Ils envoient à chacun d'eux des expansions qui les pénètrent, et semblent s'identifier avec leur tissu intime. Si le scalpel de l'anatomiste n'a pu suivre les filets du grand sympathique que jusque sur les principales divisions des artères, on n'en peut conclure qu'il s'arrête là où cessent nos moyens de recherche; tout, au contraire, porte à penser qu'il accompagne les vaisseaux avec leur tunique celluleuse jusque dans leurs divisions capillaires et le parenchyme de nos organes.

L'influence nerveuse, dans l'état physiologique, peut déterminer des phénomènes spéciaux dans la circulation de certaines parties, y faire abonder le sang ou en vider leurs vaisseaux capillaires. On connaît les changemens

subits qui surviennent dans la coloration ou la pâleur du visage, dans le sentiment ineffable de la pudeur, dans la colère ou les autres émotions violentes de l'ame. Les phénomènes de l'érection sous l'influence nerveuse ne sont pas moins remarquables.

Dans l'état pathologique, lorsque ce système est irrité, soit directement, soit indirectement, par la voie des sympathies qu'il entretient entre tous les organes, il réagit également sur la circulation; tantôt il produit les troubles généraux et la fièvre qui précèdent l'inflammation, comme cela s'observe dans la plupart des maladies éruptives, telles que la variole, la rougeole, l'érysipèle de cause interne, etc.; tantôt il agit d'abord localement, en produisant la phlogose de la partie irritée, et consécutivement la fièvre et les autres symptômes concomitans, comme on l'observe après les grandes plaies, dans les panaris, etc. (1).

Je pense que l'on peut admettre, en général, comme cause première de l'inflammation une certaine modification imprimée au système nerveux, lequel détermine, en réagissant sur le système capillaire, les divers phénomènes qui caractérisent cet état pathologique, et qui ont été si bien indiqués par les belles expériences microscopiques de MM. Hastings, Wilson Philipps, Thompson et Leuret.

Si les phénomènes inflammatoires n'ont pas été assez violens pour donner lieu à une sorte de désorganisation de la partie malade, l'inflammation disparaît avec l'action nerveuse qui l'avait déterminée : *mors spasmos solvit;* on pourrait ajouter *et phlogosim*.

Qui n'a vu des organes gonflés, tendus, devenus rouges et chauds par le fait d'une inflammation, pâlir, s'affaisser et se refroidir après la mort du malade? Qui ne sait que l'action du système nerveux légèrement émoussée, engourdie par l'action des substances narcotiques, du vin, des liqueurs, de l'opium, du tabac, devient moins sensible à l'action morbifique des agens extérieurs, et que presque tous les gens exposés par leur profession aux intempéries de l'atmosphère, évitent son influence fâcheuse par l'usage modéré de ces narcotiques? Qui n'a été à même d'observer l'influence morale

---

(1) Aussi dans les êtres chez lesquels l'innervation est profondément modifiée, dans certains animaux des classes inférieures, chez ceux qui sont entièrement privés de système nerveux, comme les végétaux, les phénomènes des maladies sont-ils bien différens de ceux qu'on observe dans l'homme.

des malades sur la marche et la terminaison des affections dont ils sont atteints ?

Ce n'est pas la surabondance du sang, la pléthore sanguine, comme on l'a nommée, qui produit les inflammations. Les personnes d'un tempérament sanguin, pléthorique, sont plus exposées, sans doute, que les autres individus aux hémorrhagies actives, aux épanchemens sanguins, aux apoplexies du cerveau et des poumons, aux ecchymoses ou sugillations spontanées; mais elles n'offrent pas une tendance manifestement plus marquée aux inflammations, comme semblerait l'indiquer leur constitution. Certains individus pâles et maigres, dont le pouls est faible et vif, dont la constitution est bien éloignée de celle qu'on attribue au tempérament sanguin, mais chez lesquels l'action du système nerveux prédomine, sont au contraire très-sujets aux inflammations; on dirait qu'ils ressentent plus vivement l'influence des agens morbifiques; ils ont une sorte de *constitution inflammatoire*. Sous l'action des moindres causes ils contractent des rhumes, des pleurésies, des dyssenteries.

Les saignées générales et locales agissent ordinairement d'une manière très-efficace dans la thérapeutique des inflammations; mais elles diminuent, tempèrent aussi l'action du système nerveux, et même la suspendent momentanément, lorsqu'elles ont produit la syncope : une pâleur subite ou une diminution de coloration manifeste annonce cette heureuse influence, si l'organe enflammé est extérieur.

Mais dans une multitude d'inflammations les évacuations sanguines sont néanmoins insuffisantes, et parfois même elles deviennent nuisibles. Les inflammations gangréneuses qui dépendent de l'action d'un principe délétère, celles des sujets scorbutiques chez lesquels le sang paraît modifié dans sa vitalité, en fournissent d'importans exemples. Quelques malades copieusement saignés sont épuisés, et meurent pour ainsi dire exsangues, sans que les symptômes inflammatoires aient rien perdu de leur intensité jusqu'aux approches de la mort. C'est donc en général contre la cause de l'inflammation, contre le *stimulus* qui l'a produit, l'aiguillon qui en active les progrès, qu'il faut diriger les moyens thérapeutiques; c'est à trouver cette cause qu'il faut mettre tous ses soins : *sublatâ causâ, tollitur effectus.* Ainsi une inflammation est produite par la présence d'un corps étranger, et par l'irritation qu'il détermine sur les parties au milieu desquelles il est accidentellement introduit; l'extraction de ce corps, quand elle est possible,

est la première chose à faire. Une anse intestinale est étranglée dans une hernie : le débridement de l'anneau ou du collet du sac, est le moyen le plus prompt et le plus efficace pour faire cesser l'inflammation et prévenir la gangrène. Un malade présente une ophthalmie périodique qui revient régulièrement toutes les vingt-quatre heures; l'antiphlogistique le plus puissant qu'on doive opposer à ce genre d'inflammation est le quinquina convenablement administré. Un malade est atteint d'une inflammation vénérienne, les préparations mercurielles sont en général le meilleur remède qu'on puisse lui donner.

Il m'eût été facile de multiplier ces exemples; mais ne suffisent-ils pas pour prouver qu'il ne peut exister de système exclusif en médecine? Presque tous les systèmes cependant, il faut en convenir, ont un côté vrai, puisé dans l'observation de certains faits sur lesquels leurs auteurs les ont basés; faits auxquels ils ont voulu rattacher tous les autres, pour en tirer des conséquences générales ou communes. Un médecin éclairé doit employer son bon sens à puiser dans chaque système ce qu'il a de bon, de positif, de bien avéré par l'observation clinique : de cette manière seulement il peut faire la véritable médecine éclectique.

Dans le plus grand nombre des maladies réputées chirurgicales, les causes sont faciles à connaître, on lie sans peine l'effet à la cause, comme nous le verrons en parlant des lésions physiques; mais il n'en est pas toujours ainsi, et dans bien des cas ces causes sont totalement inconnues, ou aussi difficilement appréciables que dans les affections qui sont du domaine de la pathologie interne.

Les auteurs qui se sont occupés de l'examen des causes des maladies, les ont distinguées en un grand nombre d'espèces, en *externes* et en *internes*, en *principales* et en *accessoires*, en *prochaines* et en *éloignées*, en *prédisposantes* et en *occasionelles*, en *positives* et en *négatives*, en *physiques*, *chimiques* et *physiologiques*. On a aussi admis des causes *cachées* ou *occultes*, etc.

On doit rapporter toutes les causes des maladies à deux grandes classes; les causes *prédisposantes* et les causes *occasionelles* ou *déterminantes*.

A. *Causes prédisposantes.*

Parmi ces causes, les unes étendent à la fois leur action sur un grand nombre d'individus, sur tous les habitans d'une grande ville, d'une province,

d'un empire, quelquefois sur des rassemblemens d'hommes dans les camps, les armées navales, les hôpitaux; elles préparent le développement d'affections semblables ou analogues chez tous ceux qui sont soumis à leur influence; les autres n'agissent que sur des individus isolés. M. le professeur Chomel nomme les premières *causes prédisposantes générales*, et les autres *causes prédisposantes individuelles*. C'est cette division que nous adopterons comme plus méthodique et plus facile pour l'étude.

1° *Causes prédisposantes générales.*

La plupart de ces causes se trouvent répandues dans l'atmosphère, ou dépendent du lieu qu'habitent les hommes. C'est surtout lorsqu'il offre long-temps les mêmes conditions, que l'air imprime au corps humain des modifications qui le prédisposent aux maladies. « L'air froid et sec, dit M. Chomel, « prédispose aux phlegmasies profondes, aux hémorrhagies actives, et im- « prime à la plupart des affections qui se développent le caractère inflam- « matoire; un air chaud et sec, prépare le développement des phlegmasies « superficielles, de l'érysipèle, des exanthèmes, et donne un caractère bi- « lieux à presque toutes les maladies aiguës: sous l'influence d'un air chaud et « humide, on voit régner les affections muqueuses et adynamiques; les ca- « tarrhes, le scorbut, le rhumatisme, sont très-communs lorsque l'air est « resté long-temps humide et froid. »

La stagnation de l'air dans les endroits fermés, les cachots, les caves, les souterrains, les gorges profondes des montagnes, et la privation de lumière, prédisposent au scorbut, aux scrophules, aux goëtres, etc.

L'état électrique de l'atmosphère, les changemens qui surviennent dans sa température et ses autres propriétés au renouvellement des saisons, celles-ci elles-mêmes, agissent souvent comme causes prédisposantes des maladies, et doivent être prises en considération avant de pratiquer certaines opérations chirurgicales. Nous avons vu, il y a quelques années, à l'hôpital Saint-Louis, après de violens orages, la gangrène humide se développer en même temps chez plusieurs malades nouvellement opérés.

Les lieux qu'habite l'homme ont une grande influence sur sa constitution et sur la production et le caractère de ses maladies. Ainsi, dans les climats méridionaux, on voit régner la fièvre jaune, le tétanos, les dartres, l'éléphantiasis, et plusieurs maladies presque inconnues dans les climats septentrionaux, tandis que, dans ceux-ci, les affections inflammatoires de certains

organes internes, la gravelle, la pierre, le rhumatisme, sont bien plus fréquens. Dans les lieux secs et élevés, les hommes sont très-sujets à des phlegmasies aiguës; les maladies chroniques au contraire règnent dans les lieux bas et humides. L'habitation dans les villes ou dans les campagnes, le séjour dans les hôpitaux, les vaisseaux, les casernes; les changemens d'habitation, la nature des vêtemens, des alimens, des boissons; l'état des affections morales, etc., agissent encore comme causes prédisposantes générales dans la production d'une foule d'affections.

2° *Causes prédisposantes individuelles.*

Dans cette classe de causes se rangent les diverses conditions propres à chaque individu, comme l'origine, l'âge, le sexe, le tempérament, la constitution, les habitudes, la profession, la fortune, l'état de santé, de convalescence ou de maladie, et diverses circonstances hygiéniques.

L'origine. Être né de parens atteints de certaines maladies est une condition qui prédispose éminemment à être atteint d'une affection semblable. Ces *maladies héréditaires* sautent quelquefois, comme on le dit, par-dessus une génération pour atteindre les petits-fils. Beaucoup de maladies peuvent être héréditaires, comme la phthisie pulmonaire, le rachitis, la goutte, la gravelle, la cécité, la surdité, la syphilis, les scrophules, les dartres, le rhumatisme, les hernies, etc.; on ne doit pas confondre avec elles la plupart des vices de conformation que les enfans apportent en naissant, et qui, bien que congénitaux, ne proviennent pas d'hérédité.

Ages. Les maladies peuvent se développer à toutes les époques de la vie, depuis celle où l'enfant est encore renfermé dans la matrice, jusqu'à l'extrême vieillesse. Chaque âge a des maladies qui lui sont propres ou du moins qui se montrent plus fréquemment pendant sa durée. Ainsi, l'hydrocéphale, l'hydrorachis, les hernies congéniales, les vices de conformation, se produisent pendant la vie intrà-utérine : à l'époque de la naissance, les maladies les plus fréquentes sont l'asphyxie, l'ictère et l'endurcissement du tissu cellulaire des nouveau-nés. De la première à la septième année, l'enfant est surtout exposé aux fièvres éruptives, aux douleurs de la dentition, à la teigne, au croup, au rachitis, aux scrophules, à la pierre, à la chute du rectum, à l'incontinence d'urine, et aux affections vermineuses. L'adolescence devient une cause prédisposante aux inflammations de poitrine, à l'hémoptysie, à la phthysie pulmonaire; et de plus chez la

jeune fille, à tous les accidens qui dépendent de la première menstruation. C'est dans l'âge mûr qu'on observe le plus souvent l'hypochondrie, les hémorrhoïdes, les cancers et la plupart des affections organiques. Enfin, dans la vieillesse, les affections catarrhales chroniques, le ramollissement et l'hémorrhagie du cerveau, la démence, la surdité, la paralysie, la cataracte, la gangrène sèche, les maladies des voies urinaires se rencontrent plus fréquemment qu'aux époques précédentes de la vie.

Sexe. Les deux sexes sont également sujets à la plupart des maladies. Cependant, à raison de la différence de leur organisation, de leur genre de vie, de leurs occupations, les hommes sont plus exposés aux plaies, aux contusions, aux fractures, à la pierre, aux rétentions d'urine, aux affections goutteuses, rhumatismales; les femmes aux cancers, aux affections nerveuses, aux syncopes, aux convulsions. Les hommes sont plus sujets aux hernies inguinales que les femmes. Celles-ci sont à leur tour plus souvent atteintes de hernies crurales ou ombilicales que les hommes. Enfin, certaines maladies sont propres à chaque sexe, comme celles des organes de la génération, le sarcocèle, l'hydrocèle, le varicocèle, pour les hommes; le cancer, la chute de l'utérus, les hydropisies des ovaires, pour les femmes.

Le tempérament prédispose à certaines maladies et imprime à celles qui se développent un caractère particulier. Dans le tempérament sanguin, il y a disposition aux congestions sanguines, aux hémorrhagies, aux inflammations franches; le tempérament bilieux prédispose aux fièvres gastriques, à l'ictère, aux exanthèmes, aux hémorroïdes, au cancer et autres maladies organiques. Les individus d'un tempérament lymphatique sont plus exposés aux scrophules, aux écoulemens chroniques, à l'hydropisie, aux catarrhes, au scorbut, aux tumeurs blanches, à la carie, aux abcès froids, etc. Le tempérament nerveux prédispose surtout aux affections nerveuses, à l'hypochondrie, aux convulsions, aux troubles des sensations et des fonctions intellectuelles, aux contractures musculaires.

La *constitution* très-forte des individus les dispose aux inflammations et aux diverses lésions physiques, parce qu'il est rare que, sentant leur force, ils n'en fassent pas plus souvent abus que les personnes d'une faible complexion. Celles-ci, au contraire, sont plus exposées aux indispositions habituelles, aux affections chroniques, aux maladies organiques.

La structure, la position et les usages de chaque partie du corps paraissent aussi favoriser le développement de telle ou telle maladie. Ainsi les

membres inférieurs sont plus sujets que les supérieurs aux varices, aux ulcères, aux fractures; la faiblesse des ouvertures aponévrotiques des parois de l'abdomen prédispose aux hernies; la structure des os chez les enfans facilite leurs courbures vicieuses et le décollement de leurs épiphyses; les glandes, la peau, les membranes muqueuses sont bien plus sujettes aux affections cancéreuses que la plupart des autres organes; les os courts, spongieux, sont plus fréquemment attaqués de carie que les os longs, et surtout que la partie moyenne de ces os; les individus qui ont les yeux saillans et volumineux sont plus sujets aux amauroses, à la myopie, que ceux qui les ont petits et enfoncés, etc.

Les *habitudes* qui naissent de la répétition des mêmes actes dans un temps donné, peuvent être placées parmi les causes prédisposantes individuelles, en cela que leur cessation entraîne souvent des dérangemens notables dans la santé. On connaît les inconvéniens de passer d'une vie active à des occupations sédentaires, d'interrompre tout à coup telle ou telle habitude contractée depuis long-temps, celle du tabac, des liqueurs, par exemple.

Les *professions* peuvent disposer aux maladies par le concours des circonstances dans lesquelles se trouvent placés ceux qui les exercent. Ainsi les gens de cabinet sont sujets aux affections nerveuses, à l'hypochondrie, à l'apoplexie, aux hémorroïdes; les crieurs publics, les chanteurs, les avocats, aux angines, à la phthisie laryngée; les cavaliers, aux hernies, au varicocèle, au sarcocèle; les maçons, les couvreurs, les charpentiers, les plombiers, les charretiers, aux fractures, aux luxations, aux plaies; les moissonneurs, les horlogers, les lapidaires et graveurs, aux maladies des yeux, aux ophthalmies, et à la cataracte en particulier; les militaires, aux plaies faites par des instrumens tranchans, piquans, ou produits par des armes à feu; les blanchisseuses, les ouvriers des ports, aux varices, aux ulcères atoniques; les filles publiques, aux affections vénériennes; les ramoneurs en Angleterre, à une espèce particulière de cancer qui se manifeste dans le scrotum, etc.

L'*état de la fortune*, et par conséquent toutes les habitudes de la vie qui en dépendent, ont une grande influence sur la production des maladies. Ainsi, dans la classe riche de la société, la plupart des affections nerveuses sont plus fréquentes. Dans la classe indigente, on observe bien plus communément les ulcères, les plaies, les scrophules, le scorbut, la gale, la teigne et quelques autres exanthèmes. La goutte ne se présente guère que

chez les gens qui jouissent de toutes les commodités de la vie ; elle est presque inconnue aux pauvres, chez lesquels les rhumatismes sont si fréquens.

L'*état de santé*, *de convalescence et de maladie*, influe sur la facilité avec laquelle se développe telle ou telle affection. L'état de maladie ou de convalescence doit presque toujours être considéré comme une cause prédisposante à contracter d'autres affections. Dans la peste de Nimègue, suivant Diemerbroek, tous ceux qui étaient pris d'une maladie quelconque furent presque aussitôt après frappés par la contagion. On a fait la même remarque dans beaucoup d'épidémies, bien que dans quelques-unes on ait observé le contraire.

L'état de grossesse est aussi une cause prédisposante de maladie, et les femmes, pendant cette période ou après l'accouchement, sont plus exposées à certaines affections, aux hémorroïdes, aux varices, aux accidens des chutes, qu'aux autres époques.

Les *vêtemens* trop serrés, les liens circulaires dont on se sert dans l'habillement, comme les corsets, les cravates, les jarretières, etc., en agissant sur les parties qui leur sont soumises, les compriment, y gênent le cours de la circulation dans les veines, les artères et les vaisseaux lymphatiques, et agissent comme causes prédisposantes à plusieurs affections, tels que les engorgemens sanguins et lymphatiques, la phthysie pulmonaire, l'apoplexie, les varices, plusieurs espèces d'atrophies, etc. La pelotte trop serrée d'un bandage herniaire détermine souvent l'inflammation, l'excoriation des tégumens, le varicocèle, etc. ; la pression prolongée du corps sur un lit dur, amène fréquemment l'inflammation et la gangrène des parties comprimées ; les chaussures trop étroites produisent à la longue la difformité des orteils, ou ces endurcissemens de l'épiderme appelés *cors*.

D'autres fois la *compression* est opérée par des tumeurs qui se développent à l'intérieur du corps, et qui agissent de la même manière sur les parties voisines, comme on le voit dans la grossesse, lorsque l'utérus distendu comprime les vaisseaux de l'abdomen, et devient une cause prédisposante aux hémorroïdes, aux varices, à l'engorgement des membres inférieurs. Il en est de même des tumeurs qui se développent dans l'intérieur du crâne, du canal vertébral, de la poitrine, ou dans l'épaisseur des membres.

Les *alimens*, les *boissons* peuvent devenir causes prédisposantes individuelles des maladies, lorsqu'ils sont de mauvaise nature, altérés, ou qu'on n'en fait pas l'usage convenable.

Les *évacuations* peuvent offrir des variétés assez nombreuses sans que la santé en soit troublée; ordinairement quand l'une augmente, l'autre diminue, de sorte que l'équilibre général n'est pas détruit. Lorsque la disproportion entre les matières excrétées et les moyens réparateurs devient considérable, elle agit sur la constitution, et la modifie de manière à la prédisposer à diverses affections; ainsi des sueurs excessives, un flux copieux de salive, l'écoulement trop abondant des règles, du lait, l'excrétion trop fréquente du sperme, etc., jettent le corps dans l'épuisement et le disposent à beaucoup d'affections. Le contraire arrive lorsque les évacuations sont retenues ou insuffisantes; il en résulte de la pléthore, ou une tendance manifeste à l'inflammation.

La suppression des évacuations habituelles, l'omission des saignées, des purgatifs accoutumés, peuvent disposer à plusieurs maladies; mais elles agissent plus généralement comme causes occasionelles que comme causes prédisposantes.

Les *exercices* immodérés du corps épuisent la santé et jettent l'homme dans un état d'accablement qui le dispose à diverses espèces de maladies, ou rendent plus graves celles qui se manifestent sous l'influence d'autres causes. Le défaut d'exercice, le repos trop prolongé a des inconvéniens encore plus graves. Un *long repos*, celui de la vie sédentaire, produit d'abord la faiblesse des organes locomoteurs, puis les dérangemens de la digestion; le corps augmente en volume et perd de sa force; la polysarcie, les écoulemens muqueux, les scrophules, l'œdème, la gravelle, les ankyloses, l'atrophie de quelques parties peuvent résulter de cette cause portée au plus haut degré. A la suite des veilles prolongées, il se manifeste souvent des fièvres ataxiques, des affections nerveuses; un sommeil trop long détermine souvent un engourdissement général, et prédispose à la pléthore et aux congestions cérébrales.

Les sensations, les affections de l'ame, les passions, les travaux de l'esprit portés au-delà de certaines bornes, deviennent encore des causes prédisposantes de maladies.

B. *Causes déterminantes.*

Ces causes, que l'on a aussi nommées *efficientes*, *prochaines*, *conjointes*, *matérielles*, *formelles*, *spécifiques*, agissent d'une manière évidente, et constamment produisent le même effet. Nous les distinguerons en *causes dé-*

terminantes ordinaires, et en *causes déterminantes spécifiques.* Ces dernières donnent lieu aux maladies contagieuses, et sont tout-à-fait différentes des premières.

1° *Causes déterminantes ordinaires.*

Elles peuvent être répandues dans l'atmosphère, mises en contact avec notre corps, ou être introduites dans nos organes; elles peuvent exister en nous, et dépendre du trouble des évacuations, des mouvemens ou des perceptions. Nous les examinerons selon cet ordre, qu'on suit en général dans l'exposition de la matière de l'hygiène, et que nous avons adopté pour l'exposition des causes prédisposantes.

1° *Circumfusa.* L'air atmosphérique chargé de gaz délétères, d'oxyde de carbone, d'acide carbonique, d'hydrogène carboné, d'acide hydro-sulfurique gazeux, peut devenir cause déterminante d'asphyxie et d'empoisonnement lorsqu'on le respire, de certaines ophthalmies, etc. L'air chargé de vapeurs animales, ou venant de malades entassés dans un espace trop resserré, devient la cause déterminante du typhus et d'autres fièvres de mauvais caractère, de gangrène d'hôpital. Les matières animales ou végétales en putréfaction dégagent des gaz, des miasmes qui, agissant d'une manière fâcheuse sur l'économie, ont souvent produit des épidémies de divers genres.

Les émanations odorantes des végétaux, les vapeurs métalliques répandues dans l'air comme celles du plomb et du mercure, la température très-froide ou très-chaude de l'atmosphère, l'éclat d'une lumière vive ou l'absence prolongée de ce fluide, sont encore des causes déterminantes d'une foule d'affections.

2° *Applicata.* On trouve dans cette classe d'agens de nombreuses causes déterminantes de maladies, et spécialement de celles qui appartiennent à la chirurgie; comme les plaies faites par les instrumens tranchans, piquans ou contondans; les plaies d'armes à feu simples ou compliquées de corps étrangers; les divers dérangemens qui peuvent s'opérer dans la situation, les rapports ou la texture de nos organes par l'effet des coups, des chutes; les inflammations, la gangrène produites par une forte compression, par l'application de liens très-serrés qui arrêtent la circulation et l'action nerveuse dans les parties qui les supportent : la vie cesse dans ces parties, comme

s'éteint la flamme d'une lampe, lorsque les matériaux qui l'alimentaient cessent d'y aborder.

D'autres fois, ces causes de maladie peuvent agir d'une manière physique ou chimique sur nos tissus; ainsi le froid produit l'engourdissement, puis une réaction inflammatoire des parties, et, s'il est excessif, leur congélation et leur gangrène : les corps surchargés de calorique, comme les métaux incandescens, l'eau, l'huile bouillantes, produisent des lésions plus ou moins profondes des organes sur lesquels ils sont appliqués ; souvent ils les détruisent et produisent leur sphacèle; les acides, les alcalis concentrés, certains sels métalliques, se combinent avec les tissus qu'ils touchent et les convertissent en escarres gangréneuses : quelques-uns de ces corps, empruntés à la chimie, comme les oxydes d'arsenic, le nitrate de mercure, peuvent, après avoir agi comme escarrotiques, être absorbés, portés dans le torrent de la circulation, et produire un véritable empoisonnement. Il faut encore rapporter à ce genre de causes les topiques âcres, rubéfians, vésicans, etc.

C'est dans cette classe de causes qu'il faut ranger les *venins* produits d'une sécrétion spéciale chez certains animaux qui les déposent dans les blessures qu'ils font. Les effets que les venins produisent sur l'économie sont toujours semblables; cependant ils se distinguent des virus, parce que leur production n'est jamais accidentelle, ni due à une altération morbide, et qu'ils ne se reforment pas dans les affections qu'ils déterminent.

3° *Ingesta*. Les substances introduites dans l'intérieur du corps deviennent souvent causes efficientes de maladies : les poisons appartiennent presque tous à cette classe, quel que soit leur mode d'action, qu'ils soient *corrosifs*, *astringens*, *âcres*, *narcotiques*, *narcotico-âcres* ou *septiques*.

C'est encore à cette classe qu'on doit rapporter les corps étrangers de diverse nature qui agissent, par leurs propriétés physiques, sur nos organes dont ils peuvent altérer les fonctions : tels sont les corps étrangers introduits sous les paupières, dans le conduit auriculaire, les fosses nasales, le pharynx, le larynx, la trachée-artère, l'œsophage, l'estomac, le rectum, le canal de l'urèthre, la vessie et le vagin chez les femmes, etc.

4° *Excreta*, *gesta*, *percepta*. On rencontre également des causes déterminantes de maladies dans ces classes de l'hygiène : ainsi, la rétention des urines dans la vessie peut produire la paralysie, l'inflammation, la rupture de ce viscère : l'accumulation des règles dans la cavité de la matrice détermine la distension douloureuse de cet organe, et souvent d'autres accidens graves :

la rétention des matières fécales dans le rectum ou dans quelques autres parties du canal intestinal peut donner lieu au gonflement douloureux de ces organes, à leur inflammation, à des vomissemens, etc. La rétention de la bile dans ses canaux excréteurs et dans la vésicule, produit souvent l'ictère et d'autres accidens, tels que des abcès, des fistules biliaires internes ou externes, etc.

Les violentes contractions des muscles peuvent produire leur rupture, celle de leurs tendons, ou même des os auxquels ils s'insèrent, comme on l'observe dans certaines fractures de la rotule, du calcanéum, de l'olécrâne et de plusieurs autres parties du système osseux. Les efforts peuvent produire le déplacement des organes, des luxations, des hernies de l'abdomen et du thorax, des chutes de l'utérus et du rectum; d'autres fois ils occasionent la rupture des artères ou de veines, et déterminent des hémorrhagies internes, des apoplexies; les conduits aérifères des poumons peuvent se rompre sous l'influence de violens efforts et donner lieu à diverses espèces d'emphysème. J'ai rapporté dans un opuscule plusieurs observations de ce genre (1).

Il arrive très-souvent qu'une maladie agit comme cause déterminante d'une autre : ainsi le développement de certaines tumeurs du col, en comprimant la trachée-artère, a quelquefois produit l'interruption du passage de l'air et l'asphyxie; les ruptures ou les plaies de l'estomac et des intestins, de la vessie, de l'utérus, de la vésicule biliaire, en permettant aux matières renfermées dans ces organes de s'épancher dans la cavité du péritoine, sont autant de causes de l'inflammation de cette membrane séreuse; une fracture, une luxation, une plaie d'arme à feu, peuvent occasioner le tétanos, la formation de vastes abcès dans le tissu cellulaire des parties voisines, être suivies d'ankylose, de nécrose, de carie, etc.

On peut ajouter aux causes déterminantes, ci-dessus indiquées, la présence des corps étrangers inanimés, les concrétions qui se développent dans nos organes aux dépens des liquides qu'ils renferment, comme les calculs urinaires, biliaires, stercoraux, salivaires, pancréatiques, les phlébolithes, etc.; c'est encore à ces causes qu'on joindra la présence de certains animaux parasites dans le corps humain, comme les tœnia, les ascarides, les hydatides.

---

(1) Mémoire sur l'influence des efforts sur les organes renfermés dans la cavité thoracique; 1820.

2° *Causes déterminantes spécifiques.*

Certaines maladies peuvent se transmettre d'un individu malade aux personnes saines qui ont quelques rapports avec lui; ce mode de transmission a été nommé *contagion*, et les maladies qui en sont susceptibles sont dites *contagieuses*. On admet généralement que la contagion est produite par un agent matériel dont on ne peut guère révoquer en doute l'existence, bien qu'il échappe à nos sens. Cet agent a été nommé *principe contagieux* ou *virus*.

Quelques maladies contagieuses n'attaquent ordinairement qu'une seule fois la même personne pendant tout le cours de sa vie, comme la variole, la scarlatine, la rougeole; d'autres peuvent reparaître au bout de plusieurs années, comme le typhus et la fièvre jaune; d'autres enfin paraissent augmenter chez les malades la susceptibilité pour en être affecté de nouveau, comme la syphilis.

La contagion peut se faire d'une manière immédiate ou avoir lieu par un corps intermédiaire.

La contagion est *immédiate*, lorsque le principe contagieux est transmis directement de l'individu malade à celui qui est sain. Elle peut avoir lieu de plusieurs manières : 1° par le séjour dans la chambre du malade, lorsque l'air y est chargé de principes contagieux, comme cela paraît avoir lieu dans la transmission du typhus et peut-être de la variole; 2° par le contact immédiat du corps malade, comme on l'observe dans la plupart de ces maladies et dans la gale ; 3° par le contact du virus avec les membranes muqueuses les plaies ou les parties excoriées de la peau, comme on le voit pour la syphilis, la rage et la vaccine; 4° enfin, la transmission peut avoir lieu immédiatement par le contact des dépouilles d'animaux morts de la maladie qui engendre la contagion; ainsi, la pustule maligne est souvent transmise aux ouvriers qui apprêtent les peaux, les crins, les laines d'animaux morts d'épizooties gangréneuses.

La contagion *médiate* a lieu au moyen des substances qui ont été en contact avec le corps du malade, comme ses vêtemens et tous les objets dont il s'est servi; on a remarqué que les étoffes de laine, de soie, de coton, de chanvre, sont les matières qui reçoivent et transmettent le plus facilement les principes contagieux.

5° SYMPTOMATOLOGIE.

On nomme ainsi la partie de la Pathologie qui s'occupe de l'étude des symptômes des maladies.

Les *Symptômes* peuvent être définis, tout changement perceptible aux sens, survenu dans quelque organe ou dans quelque fonction, et lié à l'existence d'une maladie. Ce dernier caractère est essentiel, car un changement survenu dans le corps sain ou malade, et qui n'est pas dépendant de la maladie, n'est point un *symptôme*, mais seulement un *phénomène*; ce qui faisait déjà dire à Galien que « le symptôme suit la maladie comme l'ombre « suit le corps. »

Le symptôme doit être également distingué du *signe*, lequel résulte de tout ce qui peut conduire à la connaissance de ce qu'il y a de caché sur l'état passé, présent ou futur d'une maladie.

Si tout symptôme peut être un signe, tout signe n'en est pas pour cela un symptôme, car les diverses circonstances des causes, de la marche, de l'influence du traitement peuvent fournir des signes précieux. « Le symptôme, « dit M. Chomel, est simplement une sensation qui ne devient signe que par « une opération particulière de l'esprit de l'observateur : l'un appartient « par conséquent au jugement, l'autre aux sensations. »

Les symptômes ou changemens que les maladies impriment aux organes et aux fonctions, sont fort nombreux, et doivent être étudiés dans un ordre qui les rapproche suivant le degré de l'analogie qu'ils ont entre eux.

De toutes les méthodes qui ont été proposées, la meilleure est, sans contredit, celle qui, basée sur la physiologie, consiste à examiner successivement les symptômes dans les organes et les fonctions de la vie de relation, de la vie nutritive et de la génération. Méthode excellente en cela qu'elle permet d'apprécier l'importance relative des divers symptômes, de conduire plus sûrement à connaître les lésions dont ils dépendent, de saisir avec exactitude les rapports qui les enchaînent entre eux, et surtout d'habituer l'esprit à un mode d'observations qui favorise la mémoire. C'est l'ordre qu'adopte M. Chomel dans son ouvrage de Pathologie générale. Je ne ferai qu'indiquer sommairement les sujets de cette immense partie de la science, de plus longs détails appartenant aux ouvrages spéciaux de Pathologie générale.

A. *Symptômes fournis par les fonctions de relation.*

Dans l'examen des symptômes fournis par les fonctions de la vie de relation, on doit successivement étudier les changemens survenus dans *l'habitude extérieure du corps et de ses diverses parties*, *la locomotion*, *la voix*, *la parole*, *les sensations*, *les sentimens affectifs*, *les fonctions intellectuelles*, *le sommeil et la veille.*

1° *Habitude extérieure générale.*

Dans l'habitude extérieure, on doit examiner tout ce qui tient 1° à l'attitude générale du corps et de ses diverses parties, au décubitus sur l'un ou l'autre côté, sur le dos ou sur le ventre, à l'état d'extension ou de flexion des membres, etc.; 2° au volume du corps qui peut augmenter ou diminuer; 3° à la fermeté ou à la flaccidité des chairs; 4° à la couleur de la peau qui peut devenir pâle, blafarde, jaune, livide, rouge, sale ou terreuse, violette, verdâtre et même noire; 5° aux éruptions de diverses natures qui peuvent se rencontrer sur la peau, telles que les pustules varioliques, les plaques ortiées, les dartres; 6° aux plicatures de la peau qui peuvent être profondes, durables, livides, bleuâtres, etc.; 7° aux tumeurs, phlyctènes, gerçures, plaies, ulcères, fistules, cicatrices de la peau.

Il faut aussi étudier ce qui tient aux altérations survenues dans l'habitude extérieure des diverses parties du corps, comme dans le volume et l'attitude de la tête; dans les traits du visage ou de la *physionomie*, dans la couleur, les mouvemens de la face, l'expression des yeux, l'état du nez, de la bouche, des lèvres, des cheveux mêmes, etc. C'est de la même manière qu'on doit explorer successivement l'état extérieur du col, de la poitrine, de l'abdomen et des membres, des mains, des pieds, des ongles, des organes de la génération, etc.

2° *Organes de la locomotion.*

Les organes passifs de la locomotion ou les os fournissent des symptômes spécialement dans les cas où ils sont altérés; il suffit d'énoncer la difformité qui accompagne les luxations, les fractures, les exostoses; la gêne ou l'impossibilité des mouvemens dans les ankyloses incomplètes ou complètes; la mobilité contre nature, les changemens de forme, de direction, de lon-

gueur, la crépitation dans les membres fracturés; les exfoliations, l'existence d'un séquestre dans les nécroses, etc.

Les muscles ou les organes actifs de la locomotion offrent dans les maladies des changemens ou symptômes beaucoup plus nombreux que ceux fournis par les os. Leur action peut être exaltée, diminuée, abolie ou pervertie de diverses manières.

L'exaltation de la force musculaire se remarque dans quelques maladies nerveuses, et en particulier chez les maniaques; cette force peut être diminuée, accompagnée d'un sentiment de fatigue, de lassitude; alors les mouvemens deviennent faibles, incertains, vacillans; d'autres fois la contraction musculaire est anéantie momentanément ou pour toujours, comme on l'observe dans les syncopes, les asphyxies, les paralysies; après de violentes compressions ou la section des nerfs, etc. Enfin la perversion de la contractilité musculaire offre de nombreuses variétés, telles que le tremblement, la roideur, les crampes, les soubresauts, les contractures, la carpologie ou carphologie, les convulsions, et celles-ci peuvent être cloniques, toniques ou tétaniques; enfin l'action des muscles peut présenter encore d'autres altérations, comme on le remarque dans la catalepsie, la chorée.

Les fibres musculaires du cœur, de l'estomac, des intestins, de la vessie, offrent aussi plusieurs des symptômes qu'on observe dans les muscles de la vie de relation, tels que des contractures, des convulsions, des paralysies, etc.

3° *La voix et la parole.*

La voix et la parole présentent de nombreuses altérations dans les maladies.

La voix peut devenir plus forte, plus faible, ou se perdre, ce qui constitue l'*aphonie*, qu'on observe, par exemple, dans les grandes plaies de la trachée-artère, lorsque toute la colonne d'air venant du poumon passe par l'ouverture accidentelle, ou lorsque les nerfs laryngés ont été blessés; ou paraître claire, aiguë, sifflante, discordante, rauque ou enrouée, comme dans les cas d'angine, de corps étrangers dans les ventricules du larynx; nasonnée dans les perforations de la voûte palatine, la destruction ou la division du voile du palais. La parole peut aussi être altérée, devenir lente, prompte, brève ou tremblante. Les malades peuvent être pris de bégaiement, de mutisme ou d'impossibilité de produire des sons articulés, comme dans diverses maladies de la langue, la grenouillette, les luxations de la mâchoire, etc.

4° *Sensibilité et sensations.*

La sensibilité, dans l'état naturel, s'observe dans un grand nombre de nos organes; dans l'état de maladie elle peut se développer accidentellement dans tous les autres, dans les ligamens et les os, par exemple, à l'exception de l'épiderme et des poils.

La sensibilité ordinaire se change souvent, par le fait des maladies, en *douleur*, et celle-ci présente des caractères extrêmement variés. Ainsi, suivant la sensation qu'elle fait éprouver, elle peut être tensive, gravative, pulsative, lancinante, térébrante, contusive, brûlante, pongitive, déchirante, prurigineuse, formicante, etc. La douleur offre une foule de variétés sous le rapport de son intensité, de son siège, de son type, etc. C'est encore à la douleur qu'il faut rapporter les inquiétudes, le malaise général, les angoisses, etc.

La sensibilité est tout-à-fait abolie dans les cas de paralysie dépendant de la compression du cerveau ou de la moelle épinière, par des exostoses, des esquilles osseuses; après la section, la ligature des nerfs, etc.

Les sensations extérieures n'offrent pas des altérations moins nombreuses ni moins remarquables que celles de la sensibilité générale. Ainsi la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, le toucher, peuvent offrir chez l'homme malade les mêmes troubles que les autres fonctions du système nerveux. Ces sensations dans les affections de leurs organes, peuvent être exaltées, diminuées, éteintes ou perverties.

5° *Sentimens affectifs.*

Les affections morales qui, dans l'état de santé, offrent tant de variétés chez les divers individus, peuvent présenter des changemens très-remarquables dans les maladies. Les malades éprouvent fréquemment de l'impatience, de l'ennui, de la tristesse; les uns deviennent irritables; d'autres sont dans un attendrissement continuel; quelques autres sont dans une indifférence complète sur leur propre situation ou sur celle des personnes qu'ils chérissent; quelquefois la sensibilité morale est tout-à-fait abolie, etc. Il est peu de maladies graves dans lesquelles le caractère habituel ne soit plus ou moins changé.

6° *Fonctions intellectuelles.*

Le plus ordinairement les fonctions intellectuelles sont plutôt affaiblies

qu'exaltées chez les malades; dans quelques cas néanmoins elles sont manifestement exaltées, comme on l'observe à la suite de quelques plaies de tête et chez certains mélancoliques. Elles peuvent aussi n'être que partiellement dérangées.

Dans quelques circonstances l'attention et la mémoire ne sont pas troublées, tandis qu'il y a perversion du jugement et de l'imagination; dans d'autres la mémoire seule est affaiblie ou abolie complètement, comme on le voit assez souvent après les plaies de tête et les épanchemens dans le cerveau. Toutes les fonctions intellectuelles sont abolies dans l'idiotisme complet et dans les affections où toutes les fonctions de relation sont suspendues, comme l'apoplexie, les violentes commotions cérébrales, les plaies profondes de l'encéphale, la syncope, etc.

La perversion d'une ou de plusieurs facultés intellectuelles constitue le *délire,* qui offre une infinité de variétés. Il peut être incomplet ou complet, constant ou passager, doux, tranquille ou furieux, etc.

7° *Le sommeil.*

Le sommeil, dans l'état de maladie, peut être prolongé, diminué, interrompu ou troublé de diverses manières, et ne point servir alors à la réparation des forces. Quelquefois il est complètement suspendu, ce qui constitue l'*insomnie* ou l'*agrypnie;* il peut être troublé par le cauchemar, les rêves de diverses natures; il peut cesser subitement, et les malades se réveillent en *sursaut.* C'est encore aux altérations du sommeil qu'on doit rapporter la somnolence ou l'assoupissement, le coma, le carus, qu'on observe dans beaucoup de cas de violentes commotions du cerveau ou de plaies de tête.

On peut encore rapporter aux symptômes fournis par les fonctions de relation la lipothymie, la syncope et les vertiges.

B. *Symptôme fournis par les fonctions intérieures ou assimilatrices.*

Nous allons énoncer succinctement les principaux symptômes que peuvent présenter les fonctions de la digestion, de la respiration, de la circulation, de la calorification, des sécrétions et des exhalations, principalement dans les maladies chirurgicales.

1° *La digestion.*

Dans l'état de maladie tous les actes de la digestion, et les organes qui

concourent à son exercice, peuvent offrir des troubles plus ou moins remarquables.

La *faim* est rarement augmentée dans les maladies, excepté dans quelques cas, comme dans la manie, les affections vermineuses : le plus ordinairement elle est diminuée ou totalement perdue. Dans le premier cas on nomme ce symptôme *dysorexie*, et dans le second *anorexie* ou *inappétence*. Dans d'autres cas elle est dépravée, comme lorsqu'il y a *dégoût, pica*, *malacia* : la bouche peut offrir la sensation d'amertume, d'empâtement, de sécheresse.

La *soif* est plus souvent augmentée que diminuée dans les maladies, et spécialement dans celles qui ont un caractère aigu ou sont accompagnées d'évacuations excessives. Elle devient quelquefois très-vive pendant ou après les grandes opérations, dans la fièvre traumatique, le diabétès, etc.

L'examen des diverses parties de la bouche fournit des symptômes très-importans. Ainsi les *dents* peuvent s'ébranler, sortir de leurs alvéoles, être recouvertes d'enduits de diverse nature, être agacées ; elles peuvent glisser les unes sur les autres ou se heurter pour produire les bruits nommés *grincement*, *claquement des dents*.

Les *gencives* peuvent pâlir, devenir rouges, gonflées, livides, etc.

La *langue* offre chez l'homme malade des changemens remarquables et relatifs à ses mouvemens, à son volume, à son état de sécheresse ou d'humidité, à sa couleur, aux enduits et aux éruptions diverses qu'on y observe. Elle peut être tremblante, déviée à gauche ou à droite, immobile ; elle peut rester humide ou devenir sèche, lisse, hérissée de papilles saillantes ou sillonnée par des gerçures plus ou moins profondes. Elle peut devenir pâle ou livide, rouge foncée, brune, noire. L'enduit qui la couvre, de couleur variable, est plus ou moins épais ; il est tenace ou se détache facilement ; d'autres fois elle est couverte d'aphtes, de pustules, etc.

Les *parties de l'arrière-bouche*, le voile du palais, la luette, les amygdales, sont aussi le siège de symptômes de nature différente, qu'il est important d'étudier dans les maladies, et surtout lorsque l'affection porte spécialement sur ces organes, comme dans le gonflement, l'ulcération des amygdales, les chancres du pharynx, du voile du palais, les abcès de ces parties.

La *mastication* est douloureuse, difficile, et souvent même impossible, dans plusieurs maladies, par exemple dans le trismus, les abcès des parois de la bouche, les fractures, les luxations de la mâchoire.

La *déglutition* semble être accélérée dans quelques affections ; dans d'autres,

elle est lente, imparfaite, difficile, ou même impossible, comme dans les abcès, les polypes du pharynx; lors de l'introduction de corps étrangers dans l'œsophage, et dans les cas où ce conduit est comprimé par le développement de quelque tumeur. Quelquefois elle peut laisser passer les alimens solides, et refuser le passage aux liquides; dans d'autres cas, on observe des phénomènes inverses. Dans les plaies de l'œsophage, les alimens et les boissons peuvent s'échapper au-dehors, ou s'épancher dans les parties voisines.

La *digestion stomacale* devient rarement plus active dans les maladies : le plus souvent elle est affaiblie ou pervertie. C'est aux troubles des fonctions de l'estomac qu'on doit rapporter les *nausées*, qui consistent dans de simples envies de vomir; les *vomituritions* ou les efforts inutiles pour débarrasser l'estomac; les *soubresauts de l'estomac*, produits par de violentes secousses convulsives de cet organe, qui ne peut ni admettre de nouvelles substances, ni expulser celles qu'il contient; la *régurgitation* dans laquelle certaines matières solides, liquides ou gazeuzes, remontent par gorgées de l'estomac ou de l'œsophage dans la bouche, sans être accompagnées des efforts du vomissement; le *vomissement*, ou l'acte par lequel les substances renfermées dans l'estomac sont rejetées par la bouche avec efforts; les *douleurs épigastriques*, les *crampes d'estomac*, le *gargouillement* des gaz contenus dans ce viscère; on observe la plupart de ces symptômes dans les étranglemens intestinaux, dans les obstructions du canal digestif, dans les plaies de l'estomac ou des intestins, dans les affections calculeuses des reins.

Le canal intestinal est aussi le siège de nombreux symptômes dans les maladies; les gaz renfermés dans ce conduit peuvent produire les bruits connus sous les noms de *borborygmes* et de *gargouillement:* ces bruits deviennent sensibles par la pression de la main dans les cas de hernies intestinales. Le cours des matières fécales peut être accéléré, comme dans le dévoiement; retardé, et alors il y a *constipation;* empêché, interrompu, comme on l'observe dans les hernies étranglées, les volvulus, les concrétions stercorales, etc.

La *défécation* ou l'excrétion alvine peut être plus fréquente ou plus rare, et ces deux états maladifs, dans plusieurs affections, peuvent se succéder. L'excrétion des matières fécales peut être douloureuse, impossible, involontaire, comme dans les cas d'hémorrhoïdes, d'abcès au voisinage de l'anus, de corps étrangers introduits ou formés dans le rectum, de cancers de cet intestin, de paralysie du sphincter de l'anus, etc. Le besoin qui l'annonce peut être vif, répété, accompagné de chaleur et de cuisson, sans

résultat; d'où proviennent les *épreintes* ou le *ténesme.* Dans quelques cas, les matières fécales peuvent passer par des voies accidentelles, comme dans la vessie, le vagin, à travers les parois abdominales, ainsi qu'on le voit dans les fistules recto-vésicales ou vaginales, les anus contre nature, les fistules stercorales.

Les matières *excrétées* ou les *fèces* offrent, dans les maladies, des altérations très-nombreuses, relatives à leur nature, à leur consistance, à leur quantité, à leur couleur, à leur odeur, aux corps étrangers qui peuvent s'y rencontrer, etc. Elles doivent donc être examinées avec soin, et peuvent fournir des renseignemens sur la nature et le siège de l'affection.

2° *La Respiration.*

La respiration, dans les maladies, fournit de nombreux symptômes provenant des altérations qu'elle peut éprouver dans ses mouvemens, dans la quantité d'air inspiré et expiré, dans le bruit qui l'accompagne, etc.; ainsi elle peut être fréquente ou rare, vite ou lente, grande ou petite; elle peut se faire avec difficulté, et on l'a nommée *dyspnée;* suivant le genre de difficulté des mouvemens respiratoires, elle est *laborieuse*, *suffocante*, *anhéleuse*, *haute* ou *sublime;* quelquefois ses mouvemens sont suspendus, ce qui constitue l'*apnée ;* suivant le rhythme de ses mouvemens, elle devient *inégale*, *irrégulière*, *intermittente*, *interrompue*, *entrecoupée*, etc. Le bruit qui l'accompagne éprouve aussi des modifications remarquables, et, suivant ces modifications, la respiration est *sifflante*, *suspirieuse*, *plaintive* ou *luctueuse*, *stertoreuse*, *râlante.* L'air peut aussi s'échapper au dehors par les plaies du larynx ou de la trachée-artère, et ces ouvertures accidentelles le laissent alors passer dans l'inspiration et dans l'expiration.

L'air expiré peut être plus chaud ou plus froid que dans l'état naturel. Son odeur peut devenir douceâtre, acide, fétide, nauséeuse, cadavéreuse, etc.; probablement aussi sa composition chimique doit être changée dans beaucoup d'affections, et spécialement dans celles de la poitrine.

L'exploration de la poitrine et des poumons par la *percussion* et l'*auscultation* fournit encore des symptômes fort importans; ainsi la poitrine percutée peut rendre un son clair, sonore, caverneux, comme dans le pneumothorax, ou un son mat et plein, comme dans l'empyème, les épanchemens de sang, de sérosité dans la cavité des plèvres, dans diverses affections des poumons.

L'*auscultation immédiate*, c'est-à-dire pratiquée par l'application de l'oreille sur les parois de la poitrine, ou *médiate*, lorsqu'on se sert du *stétho-*

scope (1), nous fait connaître les résonnances de la voix dans la poitrine, que l'on a nommées *pectoriloquie* et *égophonie*, et les changemens survenus dans le bruit respiratoire qui peut diminuer, augmenter, cesser, ou être remplacé par d'autres bruits très-différens, tels que les *râles crépitans*, *muqueux*, *secs*, *sonores* ou *ronflans*, *sibilans*, ou le *tintement métallique*, etc. Ces moyens d'exploration sont d'un grand secours pour établir le diagnostic des divers épanchemens de poitrine, des adhérences des poumons; et lorsqu'il s'agit de constater l'état de ces derniers organes dans les cas où l'on doit pratiquer certaines opérations.

C'est encore aux symptômes fournis par la poitrine qu'on doit rapporter le rire, le bâillement, l'éternuement, le hoquet, la toux, l'expuition et l'expectoration que l'on observe dans beaucoup des maladies dites chirurgicales.

3° *La Circulation.*

Les principaux symptômes fournis par les organes de la circulation doivent être indiqués successivement dans chacun de ces organes, comme le cœur, les artères, le système capillaire, et les veines pour la circulation du sang; les vaisseaux et les glandes lymphatiques pour la circulation lymphatique.

A. *Circulation du sang.* Le *cœur* offre, pendant les maladies, des troubles remarquables dans ses battemens, qui peuvent être plus forts ou plus faibles, plus ou moins irréguliers, se faire entendre dans une étendue plus ou moins grande sous les parois de la poitrine, et même de l'abdomen; ils peuvent donner à l'oreille qui les explore des bruits plus forts ou plus faibles, ou même différens de ceux qu'on observe dans l'état de santé, tels que le *frémissement cataire*, le *bruit de râpe*, etc.

Les *artères* éprouvent un battement produit par l'afflux du sang que le cœur y pousse chaque fois qu'il se contracte; ce battement, qui est suivi d'un moment de repos, a reçu le nom de *pouls* (*pulsus*). Le pouls fournit des symptômes très-nombreux qui sont relatifs à sa promptitude, à sa force, à sa plénitude, à sa dureté ou à sa mollesse, etc. Il peut être fréquent ou rare, régulier ou irrégulier, égal ou inégal, confus, insensible, etc.: telles sont les principales variétés qu'il présente dans les maladies, soit internes, soit externes. Les artères fournissent encore d'autres symptômes qui ont plus spécialement rapport aux maladies chirurgicales, comme leur dilatation ou leur rup-

(1) Laënnec, *de l'Auscultation médiate.*

ture dans les anévrysmes, leur oblitération, leur ossification; les battemens qui se font sentir dans ces vaisseaux dilatés, ou dans les tumeurs qui les avoisinent ou les entourent. Les hémorrhagies qui suivent les plaies, les ruptures des artères, présentent aussi des caractères particuliers.

Le système capillaire sanguin. On peut rapporter aux changemens survenus dans ce système plusieurs des symptômes locaux des inflammations; la couleur rouge, violette, bleue, noirâtre, que prend la peau dans certaines maladies; les marbrures, les taches sanguines ou livides, les ecchymoses; la pâleur de certaines parties; les hémorrhagies spontanées et quelques hémorrhagies traumatiques, etc.

Les *veines*, organes de la circulation à sang noir, fournissent des symptômes nombreux; elles peuvent être dilatées par le sang, comme on l'observe dans la pléthore; elles disparaissent au contraire dans le froid qui marque l'invasion des maladies aiguës ou des accès de fièvre intermittente. D'autres fois elles sont rouges, tendues, douloureuses, se dessinent à travers la peau, comme dans le cas où elles sont enflammées. Elles se dilatent d'une manière permanente et deviennent variqueuses, lorsque le cours du sang ne s'y fait qu'avec difficulté, ou se trouve arrêté dans un de leurs troncs par une compression prolongée; elles peuvent présenter des pulsations, lorsque le sang reflue de l'oreillette droite dans leur cavité, comme on le voit pour les veines jugulaires, dans certaines affections du cœur, dans l'anévrysme variqueux. Ces pulsations veineuses dépendent du passage du sang d'une artère blessée dans la cavité de la veine qui lui est contiguë. Les hémorrhagies veineuses ont des caractères qui leur sont propres, et servent à les distinguer de celles qui sont fournies par les artères.

Le sang offre aussi des altérations dans son apparence, sa consistance, les proportions dans lesquelles se trouvent entre eux le *sérum* et le *caillot* qui se séparent lorsqu'on l'a mis en repos. Ces diverses qualités du sang extrait des artères ou des veines, fournissent des symptômes précieux dans l'étude de plusieurs maladies.

B. *Circulation de la lymphe.* Il est souvent difficile d'apprécier les phénomènes morbides qui se passent dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques. Les vaisseaux lymphatiques s'enflamment dans certaines maladies, à la suite de quelques anthrax ou furoncles, de certaines plaies siège d'une grande irritation; et s'ils sont superficiels, ils se dessinent sous la peau par des lignes élevées, rouges, douloureuses, quelquefois tendues comme des

cordes. Dans les cas où la circulation de la lymphe est gênée par la compression ou toute autre cause, ils se dilatent, peuvent devenir variqueux ou même donner lieu à des tumeurs assez volumineuses, ainsi que j'en rapporte un exemple dans les observations placées à la fin de cet opuscule : blessés, ils peuvent donner lieu à des fistules séreuses. Quelquefois ils s'ossifient comme les artères, ou renferment des concrétions dans leur cavité. Les ganglions lymphatiques peuvent s'enflammer, suppurer, tomber en gangrène. Dans quelques cas ils sont aussi le siége de fistules séreuses, ce qu'il n'est pas rare d'observer dans les ulcères scrophuleux de ces organes et dans les bubons abscédés. Les altérations de la lymphe sont peu connues.

4° *La Calorification.*

La *chaleur* du corps, dans les maladies, peut être augmentée, diminuée, abolie ou pervertie. Ainsi elle peut devenir brûlante, sèche, halitueuse, âcre et mordicante; elle peut être générale ou partielle; d'autres fois elle est diminuée, et les malades ont la sensation du froid, des horripilations, des frissons; d'autres fois la chaleur est pervertie, lorsque le malade, par exemple, accuse une sensation de froid dans une partie évidemment chaude, ou un sentiment de chaleur dans une région qui est froide : on observe ces changemens de la chaleur dans les diverses inflammations, le phlegmon, l'anthrax, l'érysipèle, les affections fébriles, la gangrène, etc.

5° *Les exhalations.*

On peut, avec M. Chomel, diviser en trois groupes les symptômes qui appartiennent aux exhalations : au premier se rattachent les divers changemens qui surviennent dans les *exhalations naturelles;* au second, les phénomènes propres aux *exhalations morbides*, et au troisième tout ce qui a rapport aux *exhalations artificielles.*

A la première série appartiennent les exhalations cutanée, muqueuse, séreuse, synoviale, graisseuse, les menstrues, et quelques hémorrhagies analogues; à la seconde l'exhalation du pus et de plusieurs autres fluides; l'exhalation fournie par la plaie des vésicatoires, des cautères, trouve sa place dans la troisième série.

A. *Exhalations naturelles. L'exhalation cutanée* ou la perspiration peut être augmentée, et produit d'abord la *moiteur*, puis la *sueur*. Celle-ci peut être *générale* ou *partielle*, *chaude* ou *froide*, *épaisse*, *visqueuse*, *gluante* ou *ténue;* elle peut être très-abondante, épuiser le malade, et porte alors le nom

de *sueur colliquative*. Elle peut devenir *jaune*, *verte*, *rouge*; son *odeur* peut être *douce*, *fade*, *âcre*, *aigre*, *fétide*, *urineuse*, *alliacée*, etc.

L'*exhalation muqueuse* offre dans les maladies des troubles très-nombreux; le *mucus* qu'elle fournit peut être *augmenté* ou *diminué*; sa sécrétion peut être *suspendue* ou *viciée*; il peut devenir plus ou moins consistant, prendre une *couleur verte*, *jaune*, *rouge*, *noire*, *blanche*; une *odeur fétide*, *nauséabonde*.

L'*exhalation séreuse* peut aussi être augmentée, diminuée, altérée ou suspendue dans les maladies. L'accumulation de la sérosité dans les membranes sans ouverture qui la contiennent donne lieu à des symptômes auxquels on reconnaît les diverses espèces d'hydropisie.

Les *exhalations synoviales*, *graisseuses*, *sanguines*, *gazeuses*, offrent aussi, dans les maladies, des altérations qui fournissent des symptômes importans.

B. *Exhalations morbides*. Elles consistent dans la formation et l'exhalation de liquides nouveaux, qui n'ont point d'analogues dans le corps sain, comme le pus, la sanie. La formation du *pus* ou *puogénie*, offre un grand intérêt aux médecins et surtout aux chirurgiens. D'autres fluides morbides sont exhalés dans certaines éruptions, comme les dartres, la teigne, etc. Le pus offre de grandes différences sous les rapports des organes qui le fournissent, de sa quantité, de sa consistance, de sa couleur, de son odeur, et suivant qu'il s'écoule librement au dehors ou se trouve retenu dans les organes, etc.

C. *Exhalations artificielles*. On doit faire une attention spéciale à la quantité et aux qualités du pus fourni par les cautères, les vésicatoires, les moxas, les sétons, et à l'état des surfaces exhalantes qui le fournissent.

6° *Sécrétions proprement dites.*

Les sécrétions peuvent éprouver des troubles généraux dans les maladies; chacune peut aussi présenter des altérations spéciales.

Les *larmes*, la *salive*, la *bile*, l'*urine*, offrent des altérations dans leur quantité, leurs qualités, leur consistance, leur couleur, leur odeur, leur saveur, leur composition chimique : ces liquides peuvent s'écouler involontairement, comme on l'observe dans l'incontinence d'urine, la salivation; d'autres fois ils peuvent être retenus dans leurs canaux ou leurs réservoirs, produire des accidens graves, ou s'échapper par des voies accidentelles, et donner lieu à diverses espèces de fistules; dans d'autres cas, les matériaux qui les constituent se concrètent et sont l'origine de calculs de diverse nature.

7° *Les Absorptions.*

Il est souvent difficile de distinguer les troubles des absorptions de ceux des exhalations ; ainsi dans les hydropisies l'accumulation de la sérosité peut dépendre de l'augmentation de l'exhalation, ou de la diminution de l'absorption : du défaut d'équilibre entre ces deux fonctions, l'une qui apporte le liquide et l'autre qui le reprend. Pour lever cette difficulté quelques pathologistes ont admis que l'exhalation était augmentée dans les *hydropisies actives*, dans celles qui coïncident avec une excitation générale ou locale, tandis que dans les *hydropisies* dites *passives*, accompagnées de langueur, de faiblesse, la maladie serait due à une diminution de l'absorption. Mais cette opinion n'est démontrée par aucune observation rigoureuse.

Il est beaucoup de cas dans lesquels on ne peut s'empêcher d'attribuer à l'absorption les phénomènes que l'on observe dans les maladies, tels que la disparition spontanée 1° du sang dans des cas d'épanchemens considérables de ce liquide, dans les ecchymoses ; 2° du liquide des membranes séreuses, du tissu lamineux, dans les hydropisies et les œdèmes ; 3° du pus dans les empyèmes, les abcès, certains phlegmons ou bubons, par exemple. La présence du pus constatée dans les vaisseaux lymphatiques et les veines qui viennent de parties en suppuration, démontre la réalité de ces absorptions morbides : il en est de même des faits bien avérés de métastases purulentes sur des organes intérieurs, tels que les poumons, le foie, la rate, le cerveau, les reins, les membranes séreuses ; quelquefois on trouve, après la mort, des foyers de pus dans les organes qui sont le siége de la métastase, sans aucune trace d'inflammation dont au reste ils n'avaient point, ou à peine, offert de symptômes pendant la vie.

Ce serait ici le lieu de discuter la question des *résorptions purulentes :* si l'espace dans lequel j'ai dû limiter ce travail me le permettait, je pourrais faire voir, par des observations et des faits d'anatomie pathologique, 1° que les abcès consécutifs dans les organes éloignés n'appartiennent pas *spécialement* aux plaies accidentelles et à celles qui suivent les opérations, mais s'observent aussi dans des cas d'abcès par congestion, d'ulcères, de certaines dartres, de caries, de fistules, d'empyèmes des membranes séreuses, etc., 2° que la divergence des opinions des auteurs anciens et modernes, relativement à leur existence et à leur production, provient de ce que ces abcès métastatiques ne se forment pas toujours sous l'influence des mêmes causes et par le seul mécanisme auquel chaque auteur a voulu les rapporter ; qu'il y a par conséquent dans cette

classe d'abcès plusieurs espèces essentiellement différentes qu'on ne saurait confondre les unes avec les autres, surtout pour la thérapeutique.

N'est-ce pas encore à l'absorption qu'il faut attribuer les phénomènes de l'ulcération, la formation de la fissure entre les parties saines et la portion nécrosée d'un os, lors de la séparation et de l'expulsion de cette dernière; la résolution, la disparition d'engorgemens, de tumeurs de diverses espèces.

8° *La Nutrition.*

La nutrition dans les maladies peut être *augmentée*, ou *diminuée*, ou *pervertie* d'une manière générale ou locale : elle peut être *abolie*, comme dans les parties frappées de gangrène : elle est augmentée dans l'obésité qui accompagne quelques maladies, dans les hypertrophies; elle diminue lorsqu'il y a amaigrissement, émaciation ou atrophie; elle est pervertie dans les dégénérescences diverses, dans le rachitisme, le ramollissement des os, etc.

C *Symptômes fournis par les fonctions de la génération.*

Chez l'*homme* la sécrétion spermatique paraît ordinairement diminuer dans la plupart des maladies, comme semble l'indiquer la flaccidité des organes génitaux, l'absence des désirs vénériens. On pense généralement qu'elle est augmentée dans la mélancolie érotique, dans le satyriasis. L'excrétion du sperme peut être ralentie, gênée, empêchée par diverses causes, comme des engorgemens de la prostate; des rétrécissemens, des obstructions, des fistules du canal de l'urèthre; de là l'*impuissance*, qui peut probablement aussi dépendre d'une altération de la nature du liquide sécrété.

Chez la *femme*, les *menstrues*, les *lochies*, la *sécrétion du lait* fournissent de nombreux symptômes dans les maladies. Il en est de même de l'état dans lequel se trouvent chez elle les organes de la génération, après la défloration, l'accouchement, l'extraction des polypes, l'expulsion des môles, symptômes d'une grande importance, surtout dans les cas de médecine légale.

Dans les deux sexes l'appétit vénérien, le désir du coït, peut être augmenté, diminué, perverti ou aboli.

Tels sont les principaux symptômes que peuvent fournir les diverses fonctions examinées suivant l'ordre physiologique.

Ces symptômes offrent autant de variétés que les actes de la vie. Les uns

accompagnent la maladie pendant toute sa durée, les autres ne se montrent que pendant certaines périodes de son cours; aussi est-il très-essentiel de faire attention dans leur examen aux trois périodes généralement admises dans les maladies et qui sont, 1° la première période qu'on nomme aussi *augment*, *progrès*, *invasion*, *début;* elle s'étend depuis l'époque où commencent les premiers symptômes d'une maladie, jusqu'à celle où ils ont acquis toute leur intensité. 2° La seconde période, nommée aussi *l'état*, la *violence*, est marquée par la plus grande intensité des symptômes, et souvent par l'apparition de nouveaux phénomènes plus ou moins graves. 3° La troisième période, appelée le *déclin* ou la *terminaison* de la maladie, présente plusieurs modes sur lesquels nous reviendrons après avoir parlé du pronostic.

On doit encore tenir compte, dans l'étude des maladies, de certains phénomènes qui précèdent la période d'invasion, et qu'on a nommés *prodrômes*, *signes précurseurs*, *avant-coureurs*, *préludes.*

Les auteurs systématiques ont distingué les symptômes en *essentiels* ou *propres*, qui accompagnent toujours la même maladie, et en *communs* ou appartenant à plusieurs affections d'espèces différentes; ils ont établi des *symptômes accidentels*, *accidens* ou *épiphénomènes*, dont l'existence n'est pas constante, et qui peuvent seulement se présenter dans le cours d'une maladie; des *symptômes primitifs* et des *symptômes consécutifs*, comme on les observe dans les affections vénériennes en particulier, etc.

4° DE LA SÉMÉIOTIQUE.

« Tout phénomène ou symptôme, dit M. Landré Beauvais, qui donne la « connaissance d'effets dérobés au témoignage des sens, est un *signe*, et la « partie de la Pathologie qui s'occupe des signes a été nommée *Séméiotique.* » Le médecin convertit les symptômes en signes; mais, pour établir ceux-ci, il se sert encore de la connaissance des circonstances qui ont précédé ou accompagné l'invasion de la maladie, des effets obtenus des traitemens déjà employés, etc. C'est d'après l'examen de tous ces faits qu'il peut reconnaître exactement la maladie, en établir le *diagnostic*, et prévoir sa longueur, sa terminaison, ou en faire le *pronostic;* ce sont enfin toutes ces circonstances qui le mettent en état d'employer les moyens thérapeutiques nécessaires.

De même que parmi les symptômes, on a établi beaucoup de divisions parmi les signes; ainsi, l'on a distingué: des *signes communs* qui appartiennent à plusieurs maladies, comme la douleur, la difficulté ou l'impossibilité des mouvemens qu'on observe en même temps dans les cas de fracture, de contusion, de luxation, de rhumatisme; des signes *propres* ou *essentiels* qui accompagnent constamment la maladie, comme la crépitation, les mouvemens contre nature dans les membres dont les os sont fracturés; des signes *pathognomoniques* ou *univoques*, qui indiquent formellement la nature de l'affection, comme le choc particulier de la sonde dans les cas de calculs ou de corps étrangers contenus dans la vessie. On a encore distingué des *signes rationnels* qui ne sont perçus que par le malade, comme la douleur, et des *signes sensibles*, qui se découvrent aux sens du médecin.

Les signes qui se rapportent aux temps qui ont précédé l'examen du malade, ont été nommés *commémoratifs* ou *anamnestiques*; ceux qui sont tirés des symptômes et autres circonstances actuellement existantes, ont reçu le nom de *signes diagnostiques;* et ceux qui indiquent l'issue probable de la maladie sont dits *signes pronostiques*.

On conçoit que les premiers, résultant des renseignemens que l'on prend sur ce qui a précédé la maladie, sur l'état de santé des parens, les maladies antécédentes, etc., ou que l'on découvre sur le malade, comme d'anciennes cicatrices, doivent être rapportés aux signes diagnostiques, puisqu'ils servent à éclairer le jugement du médecin sur la nature de l'affection qu'il est appelé à traiter.

1° *Diagnostic.*

Le diagnostic est la partie de la pathologie qui a pour objet de reconnaître une maladie, de la distinguer de celles qui peuvent avoir de l'analogie avec elle : il est la conséquence de l'étude approfondie de toutes les circonstances attenantes à la maladie, de ses causes, de ses divers symptômes et de la comparaison que l'esprit fait de ces symptômes avec ceux qui peuvent s'en rapprocher.

« La science du diagnostic, disait Louis, tient le premier rang entre toutes les parties de l'art, et en est la plus utile et la plus difficile. Le discernement du caractère propre de chaque genre de maladie et de ses différentes espèces est la source des indications curatives. Sans un diagnostic

exact et précis, la théorie est toujours en défaut, et la pratique souvent infidèle. »

Le diagnostic est en effet une des parties les plus importantes de la pathologie chirurgicale, puisqu'il nous enseigne le caractère des maladies, nous fait entrevoir leur issue et nous indique le traitement que nous devons employer. Des erreurs commises dans le diagnostic découlent souvent les plus déplorables conséquences pour la santé et la vie des malades, pour l'honneur et la conscience du médecin, qui peut s'exposer au regret de n'avoir pas examiné plus attentivement la maladie, de n'avoir pas pris des renseignemens plus exacts sur les circonstances qui ont précédé ou accompagné son développement, de ne s'être pas aidé des avis éclairés de ses confrères, avant de commettre des fautes dont il ne s'aperçoit malheureusement que trop tard.

Il est rare, en effet, qu'une erreur n'en entraîne pas une autre; quand on s'est mépris sur la cause d'une maladie, qu'on s'est trompé dans son diagnostic, presque constamment le pronostic et le traitement s'en ressentent.

Dans quelques cas difficiles de chirurgie, l'exercice actif des organes des sens, la plus forte concentration de l'esprit sur les symptômes de la maladie, leur examen le plus attentif, ne suffisent pas pour en bien établir le diagnostic: il faut posséder de plus une faculté rare, que l'on pourrait appeler le *tact chirurgical*.

Quelle rigoureuse attention ne faut-il pas mettre dans l'examen des tumeurs de l'aîne, de l'aisselle, du creux poplité, du cou, de l'abdomen, du scrotum; des affections des os, des articulations, du col et du corps de l'utérus, du rectum, de la bouche, des yeux; dans celui des plaies de tête, de la poitrine ou du ventre! combien n'est-il pas important de distinguer l'anthrax simple ou benin, de l'anthrax malin, de la pustule maligne et des autres inflammations gangréneuses! Combien d'erreurs de diagnostic n'a-t-on pas souvent commises dans la grossesse et les maladies de l'utérus? Combien de fois n'a-t-on pas amputé des membres qui auraient pu être conservés, enlevé des testicules dans des cas d'hydrocèles pris pour des sarcocèles? confondu des hernies avec des bubons, des luxations avec des fractures, de simples contusions de la hanche avec des fractures du col du fémur qu'on a cru guérir ensuite sans raccourcissement? N'a-t-on pas amputé quelquefois le sein

pour des affections non cancéreuses, jugées telles; coupé la verge réputée carcinomateuse, dans des cas où un traitement méthodique ou une rescision partielle, aurait suffi pour guérir l'affection? On trouve dans les auteurs des exemples de malades qui ont subi l'opération de la taille pour des pierres qu'ils n'avaient pas (1). Le diagnostic sert non-seulement à

---

(1) « Depuis cinq ans, écrit M. S. Cooper, j'ai eu connaissance de sept cas semblables, et j'en ai vu deux dans lesquels les malades avaient été exposés aux souffrances et aux dangers de l'opération, sans qu'il y eût réellement de calcul dans la vessie. »

Qu'il me soit permis de citer ici quelques observations sur des erreurs commises dans le diagnostic.

Béclard rapportait, dans ses cours, le cas d'un homme qui vint le consulter pour une plaie fistuleuse qu'il portait à la joue gauche, en dehors du nez, à la suite d'une blessure qu'il avait reçue. Le chirurgien qui le pansait depuis trois mois, introduisait, depuis ce temps, dans la plaie des tentes de charpie, et était fort étonné de les voir ressortir d'une belle couleur verte. Béclard, ayant sondé la fistule, reconnut la présence d'un corps étranger, et fit l'extraction d'un bout de canne en cuivre couvert de vert-de-gris, dans la cavité duquel les mèches avaient été introduites. La plaie guérit peu de temps après l'extraction du corps étranger.

Un paysan des environs de Paris vint me consulter, au mois d'octobre dernier, pour une *taie* qu'il disait avoir à l'œil gauche, et pour laquelle il était depuis plus de deux mois en traitement. En examinant l'œil, je reconnus sur la cornée un ulcère au milieu duquel était une grosse paillette de fer. La cornée était percée par ce corps étranger dont je fis l'extraction, et l'humeur vitrée continua de s'écouler par la plaie fistuleuse. L'accident était arrivé subitement pendant que ce paysan s'occupait à briser des cailloux à coups de pioche.

La femme d'un chirurgien souffrait de vives douleurs dans la région de la matrice, et on la traitait depuis long-temps pour une affection organique de cette partie. Elle fut débarrassée de tous ses accidens par l'expulsion d'une éponge encroûtée de matière sébacée, et qui était restée depuis plusieurs années dans le vagin.

M. D....., employé dans les douanes, me fut adressé par M. Alibert pour des fistules urinaires qui s'ouvraient au périnée. Les testicules étaient durs, engorgés, douloureux; le malade avait le teint pâle, plombé, et était tourmenté depuis deux ans par un dévoiement continuel. Plusieurs chirurgiens, pensant que les testicules étaient affectés de cancer, et ne trouvant point d'engorgement dans l'abdomen, lui proposèrent successivement la castration. Les fistules urinaires ayant été guéries, les symptômes généraux disparurent, et les testicules revinrent à leur état naturel. Mon élève et ami, M. le docteur Godart, chirurgien en chef de l'hôpital de Pontoise, qui a recueilli cette observation, a vu depuis un cas absolument semblable dans l'hôpital où il exerce la chirurgie.

J'ai vu plusieurs cas d'anévrysmes pris pour des abcès, et dans lesquels on plongea im-

reconnaître l'existence d'une maladie, mais aussi à constater qu'elle n'existe pas; ce que l'on juge par l'absence des signes qui sont propres à l'affection dont divers individus se disent ou se croient atteints : on conçoit son importance en médecine légale, lorsque le médecin est appelé à prononcer sur l'existence ou la non-existence d'une maladie.

2° *Pronostic.*

Le pronostic est, comme nous l'avons déjà vu, le jugement que le médecin porte sur les changemens qui doivent se présenter pendant le cours d'une maladie, sur les avantages qu'on peut espérer du traitement, et l'issue que doit avoir l'affection.

Le pronostic, en chirurgie, se tire nécessairement de la connaissance approfondie des causes et de la nature, de l'intensité, du siège des maladies, de l'âge, du sexe, de la profession des malades, de l'état général de leurs forces; des circonstances dans lesquelles ils se trouvent placés; de l'état de simplicité ou de complication soit générales, soit locales de leurs affections; des moyens plus ou moins efficaces que l'art peut offrir dans leur traitement; de la gravité des opérations qu'on peut être obligé de leur faire subir, du temps où l'on est appelé pour les pratiquer, etc.

On doit être, en général, très-réservé dans le pronostic qu'on porte sur la terminaison d'une maladie. Un chirurgien prudent, instruit par l'expérience de toutes les circonstances qui peuvent déranger le cours naturel d'une affection, craindra toujours de se tromper, pour peu qu'il y ait d'incertitude; il ne peut réellement établir d'avance sur l'issue des maladies que des probabilités plus ou moins fondées, et souvent il est obligé de se tenir dans

---

prudemment le bistouri. Chez deux malades j'ai été témoin de l'opération de la castration pratiquée pour de simples hydrocèles dans lesquelles la tumeur était tendue, lourde, et n'offrait ni transparence ni fluctuation manifestes.

Dans un cas, un malade ayant une fracture de l'extrémité inférieure du péroné, fut traité pour une entorse. On le fit marcher avant la consolidation; le pied se dévia, la luxation tendit à se faire en dedans, il survint des symptômes graves, pour lesquels on fut sur le point d'en venir à l'amputation de la jambe. Heureusement un traitement méthodique, qui dura huit mois, sauva la partie malade; mais depuis quatre ans que l'accident a eu lieu, il reste encore beaucoup de roideur dans l'articulation du pied, et une légère claudication.

un doute philosophique. Un chirurgien s'acquiert à la vérité beaucoup d'estime et de considération publiques, en établissant un bon pronostic ; il paraît en quelque sorte aux yeux des gens du monde qu'il peut lire dans l'avenir, et l'on sait quelle réputation se fit Galien en prédisant la terminaison prochaine d'une maladie par une hémorrhagie nasale. Mais combien de fois aussi ne s'est-on pas trompé dans le pronostic sur la terminaison des maladies! Combien n'a-t-on pas vu de malades échapper à une mort qui paraissait inévitable (1), et d'autres succomber à une maladie légère en apparence ou après l'opération la plus simple (2)!

---

(1) Certains malades *ont la vie dure*, comme on le dit dans le langage vulgaire; échappent aux accidens les plus graves, et qui semblaient tout-à-fait désespérés. C'est ce qu'on observe chez quelques malades dans les plaies de tête, de la poitrine et de l'abdomen. J'ai vu à la clinique de M. Dubois un bateleur qui avait avalé par mégarde une lame de sabre en fer-blanc, longue de dix-huit à vingt pouces : elle était depuis près de deux ans dans l'abdomen. Il se forma un abcès à l'aîne du côté droit, le corps étranger sortit, et le malade se rétablit parfaitement.—Un militaire fut blessé à la bataille de Talavéira par un biscayen qui fractura le pubis, ouvrit la vessie et le rectum, et ressortit par la région sacrée. Il se rétablit de ces graves blessures, éprouva quelque temps après les symptômes de la pierre et fut taillé. Les calculs avaient pour noyau des esquilles du pubis tombées dans la vessie. Il guérit.—J'ai vu dans le Musée de Leyde un gros éclat d'une bombe qui fit explosion entre les jambes d'un bombardier. Cet éclat traversa le périnée, ressortit par le ventre, et le malade parvint à se rétablir.—Une femme avait été opérée d'un cancer à la mamelle gauche, compliqué d'engorgemens des ganglions lymphatiques au-dessus de la clavicule correspondante. Vers la fin de la cicatrisation de la plaie, ces ganglions augmentèrent prodigieusement de volume, la fièvre s'alluma, et tout devait faire présager l'issue funeste de la maladie. Il n'en fut point ainsi. L'inflammation présenta les caractères d'un phlegmon ; l'abcès fut ouvert, se cicatrisa, les ganglions avaient disparu, et la malade sortit de l'hôpital Saint-Louis, aussi parfaitement guérie qu'on peut l'être après ce genre d'opération.

(2) Chez d'autres malades, on voit quelquefois les affections les moins graves en apparence et les opérations les plus simples suivies des accidens les plus fâcheux et qui peuvent être mortels. Dans quelques cas ces funestes résultats sont dus à une sorte de disposition inflammatoire chez les uns, hémorrhagique ou nerveuse chez d'autres. J'ai connaissance de deux cas où l'extraction de l'ongle incarné du gros orteil fut suivie de la mort. Dans l'un la gangrène sénile se développa après l'opération ; l'autre cas était celui d'une dame à laquelle j'avais enlevé une portion seulement de l'ongle incarné. La malade était en pleine voie de guérison, lorsque, huit jours après l'opération, elle s'exposa imprudemment les jambes à un courant d'air froid ; il se déclara une phlébite avec œdème actif du tissu cellulaire du membre opéré ; des symptômes généraux se développèrent, et la malade succomba. — Un homme auquel on venait de faire l'opération du

3° *Terminaison des maladies.*

Les maladies peuvent se terminer de diverses manières; 1° par une *guérison parfaite* ou le retour complet à la santé; 2° par une *guérison vicieuse* ou *incomplète*, lorsque les organes ne sont qu'imparfaitement rétablis, comme on le voit dans les fractures avec consolidation difforme du cal et raccourcissement du membre; après l'opération de la cataracte quand la vue ne se rétablit qu'imparfaitement; 3° par une *guérison* avec perte de certains organes, comme on le voit après les amputations des membres, l'extraction du globe de l'œil, des testicules, de la mamelle; 4° les maladies peuvent encore se terminer en passant à l'état chronique lorsqu'elles sont aiguës, ou par une autre maladie; ainsi la rétention d'urine peut se terminer par des abcès urineux suivis de fistules urinaires; les hernies étranglées peuvent, après s'être gangrénées, donner lieu à des anus contre nature; 5° beaucoup de maladies sont *incurables*, telles sont la plupart des dégénérescences organiques; enfin, tous les moyens de l'art, toutes les ressources de la nature peuvent être insuffisantes pour conserver la vie, et les maladies se terminent par la mort.

L'ouverture des cadavres et la dissection des organes malades nous conduit à l'étude de l'*anatomie pathologique*.

---

phimosis tomba en syncope et mourut. Un autre éprouva le même sort après une semblable opération, et mourut dans de violentes convulsions. — Un malade mourut de tétanos après l'application d'un simple séton dans les parois de la poitrine. — Le tapissier de l'hôpital Saint-Louis faillit succomber aux accidens d'une énorme gangrène de toutes les parties postérieures du col, venue après l'application d'un séton qu'on lui avait mis pour une ophthalmie grave. — M. Blagden rapporte un cas dans lequel l'extraction d'une dent fut suivie d'une hémorrhagie mortelle. Le malade, âgé de vingt-sept ans, s'était fait extraire dans son enfance une dent, et cette extraction fut suivie d'une hémorrhagie qui dura vingt-un jours avant qu'on pût l'arrêter. Une légère plaie qu'il s'était faite à la tête avait été suivie d'une perte de sang dont on eut beaucoup de peine à se rendre maître. S'étant fait arracher une autre dent cariée, il éprouva une abondante hémorrhagie que l'on ne put arrêter ni par la compression, ni par les styptiques, ni par la cautérisation. M. Brodie fut obligé de lui pratiquer la ligature de l'artère carotide, mais par cette opération elle-même on ne put réussir à arrêter l'hémorrhagie, qui devint mortelle.

4° *Anatomie pathologique.*

L'anatomie pathologique nous fait connaître les altérations diverses que les maladies déterminent dans la position, la forme, la couleur, la densité ou l'organisation intime des parties du corps. Elle nous indique les changemens qui surviennent, sous l'influence de circonstances déterminées, dans les propriétés physiques et la composition chimique des humeurs et des solides.

Cette branche des sciences médicales se lie intimement à l'étude et à l'observation des symptômes. Isolée, elle ne servirait qu'à satisfaire une curiosité frivole ; combinée avec la connaissance des signes qui se rapportent à telle ou telle lésion de fonctions, elle fournit, par son application à la science du diagnostic et du pronostic, des moyens puissans au praticien habile qui a su comparer les phénomènes morbides observés pendant la maladie aux altérations organiques qui les déterminent. Ce n'est donc pas une science à part qu'elle doit former, mais c'est comme d'une branche essentielle de la pathologie qu'on doit en faire l'étude.

Que serait en effet la description d'une maladie, si l'on omettait de décrire les altérations de l'organe malade, et quelle valeur pourrait avoir la connaissance d'un symptôme, si l'on ignorait quelle sorte de lésion il représente? N'est-ce pas à l'anatomie pathologique, en effet, que Corvisart et les habiles médecins de notre temps ont dû la sûreté de leur diagnostic, et n'est-ce point à elle aussi que nos grands chirurgiens doivent cette assurance qui les décide à pratiquer les opérations les plus graves et les plus difficiles, ou cette timidité salutaire qui les arrête quelquefois devant les opérations les plus innocentes et les plus faciles en apparence?

C'est l'anatomie pathologique qui nous fait connaître ce que la maladie présente de matériel, les désordres qu'elle a produits dans les parties voisines et l'économie en général, et qui peut nous découvrir les moyens que la nature seule ou aidée par l'art emploie à la guérison de certaines affections. Elle sert à expliquer beaucoup de phénomènes qu'on observe pendant la maladie; elle nous montre comment se consolident les fractures, se ferment les plaies, se guérissent quelquefois les anévrysmes, se déplacent, s'altèrent les organes des cavités splanchniques lorsqu'ils font hernie à travers les parois des cavités qui les contiennent; elle nous fait apprécier les effets produits par les contusions, les plaies, les ruptures; la nature et

la source des divers épanchemens; les moyens par lesquels sont expulsés ou séquestrés des corps étrangers introduits ou formés dans l'épaisseur de nos organes; le mode de formation des adhérences, des concrétions; comment celles-ci peuvent être usées, dissoutes ou détruites, et comment il peut s'en suivre une guérison spontanée. Elle vient au secours de l'anatomie physiologique pour guider la main du chirurgien dans la pratique d'une foule d'opérations, dans celles des hernies, des anévrysmes, l'extraction de diverses tumeurs, etc.

« Les brillans progrès que la chirurgie a faits de nos jours, dit Scarpa, ne sont, à proprement parler, que les résultats des observations d'anatomie pathologique, c'est-à-dire des comparaisons exactes de l'état naturel de nos organes avec leurs diverses maladies, qui peuvent dépendre d'une altération de texture, d'un dérangement de fonctions, d'une solution de continuité, ou d'un changement de situation. C'est de ces résultats importans que se déduisent, comme autant de corollaires, les méthodes curatives les plus rationnelles dont s'est enrichie la chirurgie moderne, méthodes auxquelles nous devons aussi le perfectionnement des opérations. Il existe, à la vérité, un certain nombre d'opérations chirurgicales qui ne demandent, pour être exécutées avec promptitude et sûreté, que des connaissances purement anatomiques. Mais, dans beaucoup d'autres, le chirurgien ne peut se promettre de succès, lors même qu'il serait très-instruit en anatomie, s'il n'a pas fait une étude particulière des nombreux changemens de position et des altérations de texture dont sont susceptibles les parties sur lesquelles il doit opérer: s'il n'est pas éclairé sur tous ces points, de fausses apparences pourront égarer son jugement et le faire tomber dans des erreurs quelquefois très-graves et irréparables.

« Veut-on une preuve bien convaincante de cette vérité; il suffit de jeter les yeux sur les différentes espèces des hernies et sur leurs nombreuses complications. Assurément aucun anatomiste ne croirait que l'intestin cœcum, naturellement fixé dans le flanc droit, et la vessie urinaire située dans le fond du bassin, pussent éprouver, sans se déchirer, un déplacement assez considérable pour sortir par l'anneau inguinal, et descendre jusque dans le scrotum; on se persuaderait difficilement que le même intestin cœcum vienne de la région iliaque droite se porter jusqu'à l'ombilic, franchir cette ouverture et former une hernie ombilicale; que l'on ait vu le colon droit sortir du ventre par l'anneau inguinal gauche et le colon gauche, par l'anneau droit;

que le foie, la rate, l'ovaire, soient quelquefois contenus dans les hernies ombilicales, inguinales et fémorales; que l'intestin cœcum puisse s'invaginer dans le colon et être expulsé par l'anus; que l'estomac, poussé à travers le diaphragme, forme une hernie à l'intérieur de la poitrine; que l'épiploon ou l'intestin, ou ces deux parties ensemble, s'ouvrent parfois une issue hors du ventre par le trou sous-pubien ou par l'échancrure sacro-ischiatique; qu'une anse de l'intestin grèle, après s'être engagée dans l'anneau inguinal ou au-dessous de l'arcade fémorale, ait souffert un étranglement des plus violens sans intercepter le cours des matières dans le canal intestinal; que l'on trouve enfin, dans quelques circonstances, l'intestin et l'épiploon en contact immédiat avec le testicule, à l'intérieur de la tunique vaginale, sans qu'il y ait eu la moindre déchirure de cette tunique. Ces faits et plusieurs autres analogues sont tellement surprenans qu'on les regarderait encore comme incroyables, s'ils n'avaient été constatés par de nombreuses observations sur des individus affectés de hernie. Leur possibilité n'eût pas même été soupçonnée par l'anatomiste ni par le physiologiste. »

L'importance de l'anatomie pathologique est donc bien grande, et elle ne l'est pas seulement parce qu'elle est intimement liée avec la pathologie, mais parce qu'elle éclaire les rapports de cette science avec plusieurs autres; c'est ainsi, par exemple, que l'étude des altérations morbides des tissus conduit à la connaissance plus parfaite de leur organisation dans l'état sain; la médecine légale encore ne saurait se passer des notions d'anatomie pathologique, et les Allemands n'ont pas exagéré son utilité en créant, en quelque sorte, ce qu'ils appellent *Anatome forensis*.

La méthode à suivre n'est pas indifférente dans l'étude de l'anatomie pathologique. Marcher progressivement des choses simples à celles qui sont plus composées, faciliter l'intelligence et favoriser la mémoire, sont les trois conditions essentielles pour l'enseignement de toute branche des connaissances médicales; et si les progrès de cette science ont été si lents malgré les importans travaux de Vesale, d'Eustachi, de Donatus, de Schenck, de Plater, de Bonnet, de Bartholin, de Morgagni et de tous les autres savans du dix-huitième et du dix-neuvième siècles, la faute en est sans doute à l'ordre peu méthodique dans lequel ont été classés les riches matériaux qu'ils avaient recueillis.

La plupart des méthodes suivies jusqu'à ce jour ont eu sans doute le mérite d'approcher de la perfection autant que le permettait l'état des connaissances à l'époque où elles furent proposées, mais une bonne classification

n'appartient qu'au temps où la science approche de son plus haut point de perfectionnement, ou à la période dans laquelle il est déjà possible de prévoir tous les perfectionnemens qu'elle pourra recevoir un jour. Alors une classification sera bonne, si, fondée sur les notions de l'anatomie physiologique, elle permet de rapprocher les choses semblables, de comparer les analogies, et si elle présente un cadre où déjà est assignée la place des découvertes futures.

L'ordre adopté par M. le professeur Andral paraît le mieux remplir toutes les conditions d'une classification méthodique. Deux divisions principales doivent être faites dans l'étude de l'anatomie pathologique; l'une réunit tout ce que les lésions du corps humain ont de commun entre elles, et peut recevoir le nom d'*anatomie pathologique générale*, l'autre s'occupe spécialement des altérations qui affectent les divers systèmes en particulier, et forme l'*anatomie pathologique spéciale*.

L'anatomie pathologique générale appartient essentiellement à la pathologie générale et doit être traitée avec elle en envisageant tour à tour, et dans leur généralité, les diverses lésions de la circulation, de la nutrition, des sécrétions, du sang et de l'innervation.

L'anatomie pathologique spéciale se rapporte nécessairement à l'étude de la pathologie spéciale, interne ou externe, et doit être traitée avec l'histoire de chacune des maladies des organes, suivant qu'elles appartiennent aux lésions de la circulation, de la nutrition, des sécrétions, du sang et de l'innervation (1).

---

(1) Les expériences sur les animaux vivans viennent à l'appui de l'anatomie pathologique pour éclairer la chirurgie. Elles nous mettent à même de connaître les procédés de la nature pour la guérison de certaines lésions; de constater les effets produits par les plaies, les ligatures ou l'arrachement des artères; les phénomènes de l'inflammation dans les vaisseaux capillaires, ou de la formation des bourgeons vasculaires, de la cicatrisation des divers tissus; la possibilité des greffes animales; les résultats des ligatures, des sutures faites aux intestins, à l'estomac, à la vessie; les phénomènes de la consolidation des fractures, de la formation de la nécrose; l'action des divers corps étrangers introduits dans les voies digestives, respiratoires, ou dans l'épaisseur de nos tissus; les altérations des organes produites par les agens chimiques, par les poisons; les effets de la compression ou de l'ablation de certaines parties de l'encéphale; de la compression, de la ligature ou de la section des nerfs, etc.

5° Nosologie.

On donne le nom de *nosologie* à la partie de la pathologie qui s'occupe de la division des maladies, division qui, tantôt fondée sur des analogies plus ou moins importantes, peut n'être que purement systématique, tantôt établie sur des rapprochemens naturels, peut devenir la base d'une classification méthodique.

On a distingué les maladies d'après un grand nombre de circonstances différentes que je vais indiquer sommairement.

A. On a nommé 1° *maladies héréditaires*, celles qui sont transmises aux enfans par les parens qui en sont eux-mêmes atteints, comme la goutte, la syphilis, les dartres, la pierre; 2° *maladies innées*, celles que les enfans apportent en naissant, bien que leurs parens en soient exempts, comme les vices de conformation, l'absence ou le nombre surnuméraire de certaines parties, les imperforations du vagin, de l'anus, de l'urèthre; 3° les *maladies acquises* ou *accidentelles* sont celles qui se développent ou sont contractées pendant le cours de la vie: le plus grand nombre des maladies appartiennent à cette espèce, telles sont la gale, la syphilis, les fractures, les luxations, la cataracte, les fièvres, etc.

B. Les maladies peuvent affecter les individus isolément ou ensemble: dans le premier cas, elles ont été nommées *sporadiques*. Elles n'attaquent qu'un seul individu à la fois ou quelques individus isolément; et ce nom ne doit être donné qu'à des maladies dues particulièrement à l'action des causes prédisposantes; on ne pourrait l'appliquer à celles produites par une cause spéciale, comme une plaie, une hernie, une fracture. Les maladies qui attaquent les individus en masse, sont appelées *pandémiques* et se divisent en 1° *maladies endémiques*, qui sont propres aux habitans de certaines contrées sur lesquelles elles sévissent; ainsi la plique est une maladie endémique de la Pologne et de certaines provinces de la Russie; le goître ou bronchocèle et le crétinisme sont observés chez les habitans des gorges étroites, profondes et humides des montagnes de la Suisse et du Valais; les scrophules, l'éléphantiasis sont encore souvent des maladies endémiques. 2° *Maladies épidémiques* qui attaquent un grand nombre d'individus à la fois et n'ont qu'une durée limitée et ne reparaissent point à des intervalles

réguliers : telles sont certaines ophthalmies, la dissenterie, la variole, la scarlatine, etc.

C. Suivant leur mode de transmission, les maladies ont été distinguées en *contagieuses* et en *non contagieuses*.

D. Quant à leur durée, au temps pendant lequel elles parcourent leurs diverses périodes, les maladies ont été distinguées en *aiguës* et en *chroniques*. Ainsi la variole, la scarlatine, un furoncle, un phlegmon, sont des maladies aiguës et parcourent leur période en un temps assez court : les engorgemens scrophuleux, les dartres, sont en général rangés parmi les affections chroniques. Mais cette distinction n'est réellement pas fondée, si l'on fait attention 1° que les mêmes phénomènes morbides mettent un temps bien différent dans leur marche, suivant qu'ils attaquent tel ou tel organe; ainsi, pour sa consolidation, une fracture exigera six fois plus de temps qu'une plaie pour sa cicatrisation, et cependant elle ne sera pas, à cause de cela, une maladie chronique. 2° Que chaque maladie peut présenter un état aigu et un état chronique; qu'il me suffise de citer l'ophthalmie, le rhumatisme, la syphilis.

E. Toutes les parties du corps peuvent devenir le siège des maladies, et, d'après cette considération, on a encore établi plusieurs divisions entre elles. Ainsi, les *maladies locales* ont leur siège borné à une seule partie, à une seule région du corps, comme une hernie, une ophthalmie, un panaris, une plaie : les *maladies générales* affectent toute l'économie, semblent occuper tous les organes à la fois; tels sont les fièvres, le scorbut, la syphilis constitutionnelle, etc. La division des maladies en *externes* et en *internes* a déjà été examinée, ainsi que les idées des humoristes et des solidistes sur le siège des maladies, placé exclusivement par les uns dans les humeurs, et par les autres dans les solides.

F. Relativement à la manière dont elles sont produites, les maladies ont été divisées en *idiopathiques* et en *sympathiques* ou *symptomatiques*. Les premières sont le résultat d'une cause qui a porté son action immédiatement sur l'organe ou la partie malade. Aussi une plaie, une brûlure par le feu ou les caustiques, sont des maladies idiopathiques. Les maladies sympathiques se développent sur un organe éloigné de celui qui est primitivement affecté; elles sont, en quelque sorte, secondaires, et forment l'un des symptômes de l'affection primitive : telle est l'ophthalmie nommée gastrique, qui dépend d'un embarras dans les premières voies; les vomissemens dans la néphrite;

certains abcès secondaires, comme ceux qui se développent à la marge de l'anus dans la phthysie pulmonaire.

G. Ordinairement les maladies ont un siège fixe et parcourent leurs diverses périodes dans l'organe où elles se sont déclarées; tels sont la cataracte, un lipôme, une luxation; on les a nommées *fixes*. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'on a donné le nom de maladies *vagues*, *erratiques* ou *ambulantes*, à celles qui peuvent changer de place, se porter d'un organe sur un autre en abandonnant celui primitivement affecté: tels sont l'érysipèle, les dartres, la goutte, le rhumatisme.

H. Dans le plus grand nombre des maladies le type est continu, c'est-à-dire qu'elles parcourent sans interruption leur marche depuis leur invasion jusqu'à leur terminaison; elles ont alors reçu le nom de maladies continues; tels sont la variole, le phlegmon, les fractures, etc. Quelques maladies, au contraire, disparaissent pendant un certain temps pour reparaître ensuite par *accès*, qui disparaissent de nouveau pour reparaître encore, et ainsi de suite. On a donné à ces affections le nom d'*intermittentes :* à ce genre appartiennent les fièvres quotidiennes, tierces, quartes, certaines névralgies, quelques ophthalmies; et suivant que les accès reviennent régulièrement à des intervalles déterminés, ou d'une façon irrégulière, on a nommé ces maladies périodiques, *intermittentes régulières* ou *irrégulières.*

Quelquefois les symptômes de la maladie ne disparaissent pas complètement pour reparaître ensuite, comme cela arrive dans les affections précédentes; mais seulement ils s'apaisent, se calment, pour reparaître plus tard par un mouvement d'exacerbation, une sorte d'accès, qu'on a nommé *paroxisme*, et les maladies sont alors dites *rémittentes.* Telle est la fièvre de résorption.

I. Le caractère des maladies a servi à les distinguer en *bénignes*, et *malignes* ou *insidieuses.* Les premières, comme le phlegmon, l'ophthalmie simple, ont en général une marche régulière et une terminaison heureuse. Les secondes, au contraire, portent en elles-mêmes un caractère de malignité qui doit faire redouter une issue funeste, si l'on ne parvient promptement à arrêter leurs progrès et à changer leur nature. C'est ce qu'on observe dans un grand nombre de cancers, qui reparaissent souvent avec opiniâtreté après leur ablation; dans la pustule maligne, le charbon malin, et d'autres inflammations grangréneuses; dans les fièvres nerveuses, les fièvres intermittentes pernicieuses, larvées ou insidieuses, etc.

J. Suivant leur intensité, les maladies sont dites *légères* ou *graves*, parce qu'en effet la même maladie est bien loin de présenter le même degré d'intensité et, par conséquent, de gravité chez les divers individus.

K. Le mot seul de maladie, il faut en convenir, indique à l'esprit l'idée abstraite d'un être nuisible, d'un état fâcheux pour la santé : cependant certaines affections sont réellement utiles en cela qu'elles paraissent le produit d'un effort salutaire de la nature pour pallier ou guérir une autre maladie plus grave. C'est ainsi que l'apparition des affections dites critiques coïncide presque toujours avec une amélioration dans la santé du malade, ou est promptement suivie de la convalescence : les bubons critiques, les parotides, qui paraissent à la suite des fièvres de mauvais caractère, doivent être en général considérés comme des circonstances avantageuses pour la vie du malade : l'apparition d'un abcès à la marge de l'anus retarde souvent et arrête les progrès funestes de la phthysie tuberculeuse. Combien de malades voient leur santé s'améliorer par l'apparition d'exanthèmes, d'ulcères aux jambes, véritables exutoires établis par les forces conservatrices de la nature! Qu'un homme présente depuis long-temps des symptômes d'engorgement ou d'inflammation chronique dans les viscères de l'abdomen ou de la poitriue; son état est grave : l'éruption d'une dartre sur la peau le guérit quelquefois de l'affection qui menaçait sa vie. Ces maladies qui sont, les unes sympathiques, et les autres des effets d'une métastase ou de la translation du principe morbifique sur un organe moins important que ceux primitivement affectés, sont donc favorables; aussi ne saurait-on, dans leur traitement, employer assez de circonspection et de ménagemens.

L. Les maladies sont *simples*, *composées* ou *compliquées* : on appelle maladies simples celles qui sont exemptes de complication ou ne portent que sur un seul des organes qui sont doubles dans l'économie; ainsi une cataracte, une ophthalmie sur un seul œil, une seule hernie, la fracture d'un seul des os de la jambe sont des maladies simples; elles sont composées lorsque l'affection attaque à la fois les deux organes; et enfin compliquées si d'autres affections viennnent se joindre à la maladie principale, dont elles augmentent la gravité, soit qu'elles coexistent avec elle, soit qu'elles aient précédé ou suivi son apparition : ainsi une hernie peut être compliquée d'hydrocèle, de sarcocèle, d'étranglement; une cataracte, d'amaurose; une fracture, de scorbut; une plaie d'arme à feu, de la présence du projectile qui l'a produite. Une plaie peut être suivie de tétanos, de convulsions, d'hémorrhagies graves, qui de-

viennent autant de complications. Quelquefois on nomme *complication* un état particulier de la maladie elle-même, comme les adhérences de la membrane du crystallin à l'iris dans la cataracte, les adhérences de l'intestin et de l'épiploon entre eux, ou avec le sac, dans une hernie; le décollement du rectum dans une fistule à l'anus, etc. Suivant leur nature, les complications augmentent plus ou moins le degré de gravité de la maladie.

M. Suivant le temps qui s'est écoulé depuis l'époque de leur origine, les maladies sont *récentes* ou *anciennes*, *invétérées*. Les maladies récentes sont en général moins graves, toutes choses égales d'ailleurs, que celles qui sont invétérées, et qui ont été mal ou incomplètement traitées : dans ces dernières, la maladie est souvent générale, constitutionnelle, et parfois entièrement au-dessus des ressources de l'art; nous en avons des exemples dans quelques cas de syphilis, de cancer, de scorbut, etc.

N. La plupart des maladies sont *curables*, c'est-à-dire qu'elles peuvent être guéries sans laisser d'altération dans l'organisation ni dans les fonctions, qu'elles peuvent enfin être suivies du retour à une santé parfaite; d'autres maladies sont dites *incurables* lorsqu'elles ont opiniâtrément résisté à l'emploi des moyens hygiéniques, pharmaceutiques et chirurgicaux, qu'elles dépendent de l'altération profonde ou de la perte de l'organe qui en est le siège, comme la gangrène d'un membre, un grand nombre de paralysies, de cancers, et d'autres affections organiques. Enfin la maladie est dite *mortelle* quand la mort doit nécessairement en être le résultat, comme les grandes plaies faites au cœur, à l'aorte, la dilacération de la moelle épinière dans les luxations ou fractures des vertèbres cervicales, etc.

O. On a encore distingué les maladies, 1° en *vernales*, *estivales*, *automnales*, *hivernales*, suivant qu'elles se montrent au printemps, en été, en automne ou en hiver; 2° suivant les sexes, en maladies des hommes et maladies des femmes; 3° suivant les âges, en maladies des enfans, des adultes et des vieillards; 4° selon le tempérament, les professions, le pays, etc.

Classification des maladies.

La nosologie proprement dite a pour objet de ranger les maladies dans un certain nombre de groupes auxquels on donne le nom de *classes*, qu'on

subdivise elles-mêmes en *ordres* ou en *familles*, auxquels se rattachent tous les *genres* et les *espèces* connus.

Les avantages d'une bonne classification sont incontestables : en même temps qu'elle favorise la mémoire, elle aide l'intelligence et abrège la durée de l'étude; l'application des préceptes généraux est faite avec plus de justesse, quand un ordre plus parfait permet mieux de saisir les rapports qui existent entre les maladies; et les distinctions spéciales se présentent à l'esprit avec plus de précision quand les caractères similaires et différentiels peuvent ressortir davantage.

Beaucoup de classifications des maladies ont été proposées ou établies; mais, il faut l'avouer, aucune n'est encore assez parfaite pour n'être point sujette à de nombreuses objections; il en est un grand nombre qui sont essentiellement défectueuses, parce qu'elles éloignent des affections qui ont entre elles beaucoup de points d'analogie, ou parce qu'elles en réunissent d'autres de nature tout-à-fait différente.

Nous n'aurons pas à nous occuper des nosologies tracées spécialement pour les maladies internes, nous renvoyons aux ouvrages de Félix Plater, de Sydenham, Baglivi, Boerhaave, Sauvages, Linnée, Vogel, Sagar, Selle, Cullen, Darwin, Gaubius, Hildenbrand, Tourdes, Beaumes, Sprengel, Pinel, etc. L'ordre le plus convenable pour ranger les affections qui réclament plus spécialement les secours de la chirurgie doit seul nous occuper.

Nous avons vu qu'il n'existe pas de véritable division entre la médecine et la chirurgie; qu'on n'en trouve pas de traces dans les écrits des anciens, tels qu'Hippocrate, Celse, Arétée de Cappadoce, Cœlius Aurélianus, Avicennes, Albucasis, et que ces deux parties de la science n'ont été divisées qu'après le concile de Tours, vers le douzième siècle.

Hippocrate nous a laissé, sur la chirurgie, six livres sous les titres de : *de Officinâ medici ; de Fracturis ; de Capitis vulneribus ; de Articulis* vel *luxatis ; de Ulceribus ; de Fistulis.* Les ouvrages de chirurgie d'Hippocrate, qui se ressentent de l'imperfection de l'anatomie à cette époque, renferment néanmoins un grand nombre d'observations judicieuses et peuvent être consultés avec avantage.

Celse, qui vivait à Rome sous les règnes d'Auguste, de Tibère et de Caligula, ne paraît jamais avoir exercé l'art de guérir, sur lequel il a écrit néanmoins avec beaucoup de perspicacité, de précision et d'élégance. Son ouvrage est très-précieux en ce qu'il nous apprend les progrès de la chi-

rurgie depuis Hippocrate jusqu'à lui. Les quatre derniers livres de son traité intitulé : *de Medicinâ*, et surtout le septième et le huitième, sont exclusivement consacrés à la chirurgie, qui ne diffère en rien de celle des Grecs : à Rome, en effet, toutes les personnes qui exerçaient la médecine étaient venues de la Grèce où elles avaient puisé leur instruction dans les écoles de cette terre natale des sciences et des arts. Celse étudie d'abord les maladies qui affectent indistinctement toute l'habitude du corps pour revenir ensuite à celles qui sont propres à chaque partie (1).

Après la séparation de la médecine et de la chirurgie, celle-ci cessa, en général, d'être cultivée par des gens lettrés; elle tomba dans l'avilissement, et les ouvrages publiés sur cette science sont, pour la plupart, ensevelis dans l'oubli le plus profond.

Guy de Chauliac doit cependant être distingué de ses contemporains; docteur en médecine de Montpellier, prêtre, chambellan, chapelain et médecin du pape Urbain V, il fallait qu'il se fût beaucoup élevé au-dessus de l'esprit de son temps pour se livrer à la pratique des opérations de la chirurgie. Comme ecclésiastique, il ne parle pas des maladies des femmes dans son ouvrage écrit à Avignon, en 1363. C'est dans ce livre que l'on trouve les premières traces de la division des maladies suivant le *Pentateuque chirurgical*.

En 1535, Jean de Vigo traita dans cinq livres séparés : 1° des *tumeurs* ou *apostumes ;* 2° des *plaies ;* 3° des *ulcères ;* 4° des *fractures ;* 5° des *luxations ;* il fit une sixième classe pour les maladies qu'il désigna sous le nom de *Varia mala*. Fabrice d'Aquapendente donna à cette division le nom de *Pentateuque chirurgical*, à l'imitation des cinq livres sacrés de Moïse.

D'autres chirurgiens, à l'exemple des Arabes, examinèrent les maladies suivant l'ordre topographique des diverses régions du corps; ils décrivirent successivement les maladies de la tête, du cou, de la poitrine, de l'abdomen, des membres. On sent tout ce qu'a de défectueux une semblable étude des maladies faite *a capite ad calcem ;* autant vaudrait adopter l'ordre alphabétique d'un dictionnaire.

La classification la plus naturelle, la plus philosophique par conséquent

---

(1) « *Quæ deinceps exsequi aggrediar; dilatisque in aliud volumen ossibus in hoc cætera explicabo ; præpositisque iis, quæ in quâlibet parte corporis fiunt*, *ad ea*, *quæ proprias sedes habent transibo.* C. Celsus, *De Med.*, lib. VII.

qu'on ait encore proposée jusqu'à présent, est sans contredit celle de M. Richerand. C'est elle que nous suivrons.

M. Richerand rapporte toutes les maladies du corps humain à trois grandes classes, sous les noms de *lésions physiques*, *lésions organiques* et *lésions vitales*.

A. *Lésions physiques.*

Elles affectent nos organes dans leur conformation extérieure et nuisent à l'accomplissement de leurs fonctions; elles sont le résultat mécanique d'une cause qui agit mécaniquement. Les plaies, les fractures, les entorses, les luxations accidentelles, les hernies, reconnaissent une action physique pour cause. Ces maladies sont presque toujours le résultat de l'action des corps extérieurs; cependant nos propres organes peuvent en être les agens : c'est ainsi que, par la seule contraction musculaire, les os, les tendons, peuvent être rompus, et les muscles eux-mêmes être déchirés. Qu'un corps étranger soit venu du dehors, ou qu'il se soit formé en dedans, sous l'influence de quelque loi physique ou chimique, il n'en apporte pas moins, par sa présence, un obstacle mécanique aux fonctions des parties, caractère essentiel des lésions physiques.

Ces lésions peuvent être imitées sur le cadavre, et, pour la plupart d'entre elles, l'état de vie n'est pas indispensable : on sait parfaitement quelle est la manière d'agir de leur cause prochaine, aussi sont-elles bien connues dans leur nature intime; on peut expliquer le mécanisme de leur formation et de leur développement. Dans ces lésions, le rapport des effets aux causes est exactement calculable; tout est mécanique, jusqu'aux moyens de guérison, déterminés d'après la connaissance de la maladie, et convenablement adaptés à sa cause.

Cette connaissance exacte des lésions physiques, les rend susceptibles d'être définies, tandis qu'on doit presque toujours se borner à décrire seulement les autres lésions, soit organiques, soit vitales.

Le traitement des lésions physiques est *rationnel* ou *raisonné*, parce que notre esprit trouve et saisit un rapport évident entre le mal et la manière d'agir du moyen curatif. Ce traitement ne se compose, le plus souvent, que de procédés ou moyens mécaniques, ou ceux-ci du moins en sont presque toujours la partie essentielle.

Les lésions physiques forment une classe de maladies bien distincte dans le vaste domaine de la pathologie; et comme la chirurgie joue le principal rôle

dans leur curation, on voit combien sont grandes et la certitude et l'efficacité de cette branche de la thérapeutique.

M. Richerand divise cette classe de maladies en *cinq ordres :* sous les noms de *solutions de continuité*, d'*unions vicieuses*, de *déplacemens*, de *rétentions* et de *corps étrangers*. Chacun de ces ordres se subdivise en plusieurs genres.

1° Les solutions de continuité en comprennent trois, les *plaies*, les *fractures* et les *fistules* ou solutions de continuité produites ou entretenues par la perforation d'un réservoir ou d'un conduit excréteur. M. Richerand n'a pas rapporté à cette classe les ulcères qui sont presque toujours symptomatiques d'une autre maladie, comme de la syphilis, du scorbut, des dartres, des scrophules, etc., et qui d'ailleurs consistent évidemment dans des lésions organiques ou vitales.

2° Le second ordre ou les unions vicieuses des parties qui devraient être séparées pour remplir leurs fonctions, comprennent deux genres; les *simples réunions des parties naturellement divisées* et *les imperforations.*

3° Le troisième ordre ou celui des déplacemens comprend deux genres, les *luxations* et les *hernies*. Les diverses procidences, chutes ou prolapsus d'organes peuvent être rapportées aux hernies, comme les entorses, les diastases et diverses espèces de déviations des os, aux luxations.

4° Le quatrième ordre ou celui des rétentions comprend deux genres, suivant que *les liquides retenus sont le sang lui-même* ou *des liquides excrétés.* Au premier genre se rapportent les anévrysmes, les épanchemens de sang, les varices : au second, les rétentions d'urine, de bile, les hydropisies, etc.

5° Enfin, le cinquième ou dernier ordre qui termine la classe des lésions physiques, embrasse, sous quatre genres, les *corps étrangers venus du dehors*, *les calculs*, *les poisons* et *les vers* ou *larves d'insectes* (1). Ce dernier genre forme le passage naturel des lésions physiques à la classe des lésions organiques.

---

(1) Ces larves peuvent, en se développant dans nos organes, y produire de grands ravages. En voici un exemple. Un homme âgé d'environ cinquante ans, exerçant le double métier de chanteur public et de chiffonnier, s'endormit en plein champ dans un état complet d'ivresse. Des mouches (*musca carnaria*) déposèrent leurs œufs à l'entrée des diverses ouvertures naturelles de son corps, entre les paupières, aux narines, aux oreilles, sur le prépuce. Les larves de ces insectes étant écloses s'introduisirent dans le nez, les oreilles, les orbites, détruisirent les yeux, etc. Sous les tégumens du crâne elles formaient de grosses poches,

B. *Lésions organiques.*

Les lésions organiques qui forment la seconde classe du système nosologique de M. Richerand ont des caractères généraux aussi nombreux et aussi importans que ceux des lésions physiques. Cet auteur entend par lésion organique, une altération de structure des organes si profonde et si complète, que l'on ne reconnaît pas la nature primitive du tissu malade, ou que même il y a production de nouvelles substances, de nouveaux tissus qui n'ont rien d'analogue dans l'économie. Une simple altération dans la couleur, le volume, la densité, l'arrangement des parties constituantes d'un organe, ne suffit pas pour caractériser une lésion organique.

Toute lésion organique suppose l'entière aberration des lois qui président à la nutrition des parties, une altération de la sensibilité et de la contractilité nutritive ou organique, sans qu'on puisse dire si ces propriétés vitales pêchent ici par excès ou par défaut, s'il y a sthénie ou asthénie. La cause prochaine des lésions organiques est absolument ignorée dans son essence. Les maladies organiques paraissent n'entraîner presque jamais la mort que d'une manière médiate, tandis que les autres maladies en sont souvent la cause immédiate (Bayle). En effet, la maladie organique commence et parvient à un certain degré, sans produire aucun phénomène sensible; mais à mesure qu'elle fait des progrès, elle dérange plus ou moins les fonctions, et altère plus ou moins profondément les propriétés vitales. « Les maladies organiques sont généralement incurables, lorsque leur position interne, cachée, les met hors d'état d'être soumises aux opérations chirurgicales, et l'on peut ajouter que lors même que l'instrument d'un chirurgien peut atteindre au siège des lésions organiques, la guérison que nous procurons par l'opération mérite à peine ce nom, puisqu'on ne peut l'obtenir qu'en emportant la partie malade tout entière, en mutilant l'individu trop souvent exposé à de fâcheux

---

percées d'ouvertures ulcéreuses, desquelles elles s'échappaient par milliers lorsqu'on les comprimait. Toutes ces larves furent extraites dès le second jour de l'entrée du malade à l'hôpital Saint-Louis. Les yeux étaient totalement détruits, et quand on retira des larves à travers les perforations de la cornée, les crystallins s'échappèrent : les tégumens de la partie supérieure du crâne tombèrent en gangrène, et le malade ne mourut que plus d'un mois après son entrée, étant dans un état complet de démence, et se croyant toujours poursuivi par des assassins. Les os de la voûte du crâne étaient en partie nécrosés; la dure-mère et l'arachnoïde étaient enflammées dans la même région.

retours, comme on le voit à la suite de l'extirpation des cancers, des polypes, etc. (1). »

Les lésions organiques étant une fois établies, rien ne peut les faire rétrograder. Un tubercule, un corps fibreux, peuvent rester long-temps stationnaires, s'ils s'ossifient ou éprouvent une transformation pierreuse; mais en général les tubercules, les vrais squirres, les cancers, les polypes, etc., ne se terminent jamais par résolution; ils tendent, soit à se détruire par le ramollissement et la suppuration, soit à prendre un accroissement indéfini.

M. Richerand a cru pouvoir réduire à cinq ordres principaux les lésions organiques, « fermement convaincu, dit-il, que les progrès ultérieurs de l'anatomie pathologique, cultivée avec un nouveau zèle, ne tarderont pas à rectifier ce que cette classification peut offrir de vicieux ou d'incomplet. » Ces ordres sont désignés par les noms de *tubercules*, de *cancers*, de *polypes*, de *kystes* et d'*ossifications*.

Suivant que l'affection organique se développe primitivement au milieu des parties saines qui n'éprouvent que consécutivement la dégénérescence, ou que la maladie commence d'abord par l'altération du tissu de ces parties elles-mêmes, M. Richerand subdivise en deux genres chaque ordre de lésions organiques : *tubercules spontanés* et *dégénérescence tuberculeuse; cancers spontanés* ou *primitifs* et *dégénérescence cancéreuse; excroissances polypeuses* et *corps fibreux; kystes spontanés* et *formés par l'organe*, comme on le voit dans les hydropisies des ovaires; *ossification des parties molles*, comme artères, membranes, et *concrétions pierreuses* formées dans le cerveau, au voisinage des articulations, etc. Les espèces, dans chaque, genre se déterminent d'après le siège de l'affection; elles peuvent être simples ou compliquées (2).

---

(1) M. le docteur Martin d'Aubagne, *Mém. de la Société méd. d'Emul.*, tom. VII.

(2) M. le professeur Chomel, dans son ouvrage sur la pathologie générale, rapporte à quatre séries les principales lésions que présentent les organes après la mort, savoir : 1° *lésions de structure;* 2° *de conformation;* 3° *de rapports;* 4° *altérations des fluides;* 5° il établit une cinquième série entièrement distincte des autres, et dans laquelle il place les *corps étrangers*, inanimés ou vivans, qu'on rencontre dans nos organes.

1° Parmi les lésions de structure il place les inflammations, les ulcères, les fistules, la gangrène, le tubercule, le cancer, la mélanose, le ramollissement, l'endurcissement et les transformations organiques.

C. *Lésions vitales.*

Les lésions vitales consistent essentiellement dans l'altération des propriétés par lesquelles les corps organisés et vivans se distinguent de la matière inerte; elles affectent la sensibilité et la contractilité, propriétés confondues par plusieurs physiologistes sous le nom commun de vitalité. Les lésions organiques reconnaissent à la vérité pour cause première ou formelle, une aberration de la sensibilité nutritive, d'où est provenue l'altération de texture; mais celle-ci est le phénomène le plus remarquable de la maladie; il la caractérise essentiellement. Plusieurs lésions vitales, les inflammations, par exemple, entraînent un changement dans la structure de la partie malade: elle devient plus rouge, plus volumineuse; la proportion des solides aux liquides se trouve changée; la disposition des fibres, des vaisseaux, des parties constituantes, est un peu modifiée, mais non pas au point que le tissu de l'organe malade en devienne méconnaissable, comme il arrive par l'effet des lésions véritablement organiques; néanmoins des inflammations prolongées et répétées peuvent amener une altération de la sensibi-

---

2° Les altérations dans la conformation des parties comprennent les changemens de forme, de volume et de couleur.

3° Les altérations dans les rapports comprennent les luxations, les hernies internes et externes; l'intus-susception des intestins; le renversement de l'utérus ou du rectum; les adhérences des surfaces libres des membranes séreuses ou des extrémités articulaires des os, les ankyloses.

4° Les altérations des liquides sont très-nombreuses, abstraction faite de celles sur lesquelles on n'est pas d'accord. M. Chomel examine successivement les altérations du mucus, de la sérosité, des membranes qui la renferment et du tissu cellulaire, de la synovie, des liquides sécrétés, du sang, des liquides accidentels, du pus, et des fluides gazeux.

5° Les corps étrangers que l'on trouve à l'ouverture des cadavres sont de diverses espèces; les uns sont inanimés, les autres ont joui ou jouissent encore de la vie. Parmi ceux qui sont inanimés, les uns ont été formés en dedans du corps; tels sont les calculs biliaires, urinaires, et ceux qu'on rencontre dans les articulations, dans les voies salivaires, les poumons, l'utérus. Parmi ceux qui sont venus du dehors, les uns ont été introduits par des plaies, et notamment par celles d'armes à feu; les autres par les voies naturelles, comme la bouche, les narines, l'anus, l'urèthre ou le vagin chez la femme.

Les corps étrangers vivans qui existent dans l'homme sont les vers ascarides lombricoïdes, les ascarides vulgaires, les trichocéphales trichurides, et plusieurs variétés de tænia. Des hydatides de diverses espèces se trouvent aussi dans l'intérieur des viscères ou des cavités splanchniques, des larves d'insectes ont été vues dans les fosses nasales, etc.

lité nutritive telle, qu'il en résulte une véritable aberration de nutrition, et qu'en conséquence le tissu de la membrane s'altère, qu'il en naisse un polype, ou même qu'elle subisse la dégénérescence cancéreuse.

Les lésions vitales, comme les lésions organiques, produisent des symptômes ou des effets physiques, tels que l'accroissement de volume de la partie malade, son union aux parties voisines, sans qu'il y ait, pour cela, changement de nature. Il est des lésions vitales qui existent sans produire d'effets physiques, et même sans altérations organiques au moins appréciables : telles sont beaucoup de maladies nerveuses. Ainsi les lésions vitales sont parfois éminemment et purement vitales, tandis que, dans d'autres occasions, elles entraînent un commencement d'altération dans la structure de la partie malade : c'est par là qu'elles tiennent aux lésions organiques dont néanmoins elles diffèrent essentiellement.

De toutes les maladies auxquelles notre corps est sujet, les lésions vitales sont les plus nombreuses, c'est aussi sur elles que se sont principalement exercés les nosologistes.

M. Richerand rapporte à quatre modes généraux les lésions vitales ; toutes consistent dans l'augmentation, la diminution, l'abolition ou l'aberration des propriétés de la vie; il y a dans toutes, sthénie ou asthénie, paralysie ou ataxie. Les propriétés vitales sont accrues, affaiblies, éteintes ou perverties ; la sensibilité et la contractilité sont plus vives ou moindres, absentes ou irrégulières. En outre, ces quatre modes généraux peuvent se combiner pour produire des affections composées. La classe des lésions vitales se partage donc en quatre sous-classes, les sthénies, les asthénies, les asphyxies et les ataxies.

Dans les *sthénies* sont comprises les fièvres, les inflammations, les hémorrhagies actives et les hydropisies qui ont le même caractère. Dans toutes ces maladies il y a excitation continue ou intermittente, régulière ou irrégulière ; la vitalité semble accrue, l'accélération des mouvemens organiques en fournit la preuve.

Les *asthénies* ou débilités caractérisées par un affaiblissement marqué, une diminution des forces vitales, comprennent également quatre ordres, les affections scrophuleuses et scorbutiques, les hémorrhagies et les hydropisies passives.

Les asphixies consistent, suivant leur étymologie grammaticale, dans la

privation du pouls, du mouvement, effets de la suspension momentanée ou de l'extinction absolue des forces vitales. Dans cet ordre se rangent naturellement la syncope, les asphyxies locales et générales, effets d'une commotion vive, de la contusion d'un nerf, de la ligature d'un vaisseau principal, de l'inspiration d'un gaz délétère, la paralysie et la gangrène dont la nécrose n'est qu'une variété.

Dans les ataxies se trouvent presque toutes les maladies auxquelles les auteurs ont donné le nom de *névroses*. Cette dernière classe, qui comprend toutes les aberrations possibles de la sensibilité et de la contractilité de nos organes, toutes les irrégularités, toutes les anomalies dont elles sont susceptibles, renferme les névralgies dans lesquelles la sensibilité se trouve douloureusement accrue; les convulsions dont le tétanos, l'asthme, la coqueluche, la chorée, la catalepsie et l'épilepsie forment les divers genres; les vésanies où se rangent l'hypochondrie, la mélancolie, l'hystérie, le satyriasis, la manie et la démence.

Les lésions vitales étant peu connues dans la manière d'agir de leur cause prochaine, on ne peut les faire connaître que par un court exposé de leurs phénomènes; on substitue à de véritables définitions la briève exposition de leurs symptômes caractéristiques; elles se traitent spécialement par l'emploi des moyens hygiéniques et pharmaceutiques, et les moyens chirurgicaux qu'elles peuvent réclamer n'agissent qu'en influant sur l'état des propriétés vitales dont l'altération constitue l'essence de ces maladies.

Tel est le résumé de la classification que M. le professeur Richerand a donnée des maladies considérées d'une manière générale. L'auteur ne s'est dissimulé ni les difficultés qu'il avait à vaincre, dans un sujet aussi vaste, ni les corrections que l'on pourrait faire ou le perfectionnement que par la suite on pourrait apporter dans sa classification nosologique.

« Loin de nous toutefois, dit-il, la prétention ridicule d'avoir mis la dernière main à l'édifice que nous nous sommes proposé de construire; notre classification des maladies, inattaquable sous le rapport des bases et des principes fondamentaux, est susceptible de plusieurs objections et d'une infinité de critiques de détail; elle présente plusieurs défauts susceptibles d'être rectifiés, sans que ces corrections partielles, nous osons le croire, nuisent à la solidité de l'ensemble. »

M. Richerand applique ensuite cette division fondamentale des maladies

en lésions physiques, organiques et vitales, aux divers appareils organiques. « Tout tissu, tout organe, tout système d'organes, dit cet auteur, est susceptible de ces trois modes de lésions; rien n'est donc plus facile que d'appliquer nos principes généraux de pathologie aux maladies classées suivant les organes qu'elles affectent. Cette méthode vraiment anatomique nous offre l'avantage de concilier, autant que possible, l'état actuel de la science et les usages adoptés aujourd'hui dans son enseignement. » L'emploi de cette méthode mixte ou combinée dans laquelle les bases du système nosologique sont appliquées aux maladies qui affectent les divers appareils organiques est impérieusement commandé par l'ordre actuel de l'enseignement. Dans chaque organe, dans chaque appareil d'organes, on doit successivement étudier, d'abord les lésions physiques, puis les lésions organiques, et enfin les lésions vitales, dont l'usage attribue plus particulièrement la connaissance à ce que l'on nomme si improprement la *pathologie interne*.

M. Richerand fait l'application de sa doctrine aux maladies des divers appareils organiques, et considère successivement les lésions physiques, organiques et vitales de l'appareil sensitif formé par les organes des sens, les nerfs et le cerveau ; de l'appareil locomoteur résultant de l'assemblage des muscles et des os; de l'appareil digestif, aux maladies duquel appartiennent celles des voies urinaires qui en sont une dépendance; des appareils circulatoire, respiratoire, cellulaire et reproducteur.

Dans chaque appareil, on doit décrire d'abord et dans toute son étendue les lésions physiques qui sont spécialement du domaine de la chirurgie. Ces lésions étant les plus simples, si l'on veut suivre la méthode analytique et s'élever du simple au composé, c'est par elles que l'on doit commencer l'étude de la pathologie, afin que la connaissance de cette classe de dérangemens conduise à celle des autres altérations et la rende plus facile.

Pour se conformer à l'usage, l'auteur de la *Nosographie chirurgicale* n'a pu se dispenser de traiter en général des plaies et des ulcères; leur histoire succède à celle de l'inflammation et de ses diverses terminaisons, au nombre desquelles se trouve la gangrène, en sorte qu'il a compris dans huit classes toutes les maladies que l'on regarde comme appartenant à la pathologie externe.

1° La première classe réunit dans deux ordres, *plaies* et *ulcères*, les maladies qui affectent tous les systèmes organiques. Le premier ordre se com-

pose de six genres, les *plaies simples*, les *plaies qui suppurent*, les *piqûres*, les *contusions*, les *plaies d'armes à feu*, et les *plaies envenimées*. Le second ordre comprend comme genres, les *ulcères atoniques*, *scorbutiques*, *scrophuleux*, *vénériens*, *dartreux*, *carcinomateux*, *teigneux* et *psoriques*.

2° La seconde classe comprend, sous trois ordres, les maladies de l'*appareil sensitif*, formé par les organes des sens, les nerfs et le cerveau.

3° La troisième classe présente les maladies de l'*appareil locomoteur;* deux ordres la partagent : le premier est formé par les maladies du système musculaire; le second par celles du système osseux. Chacun de ces ordres se divise lui-même en deux genres; le premier genre des maladies du premier ordre comprend les maladies des muscles, le second celles des parties tendineuses et aponévrotiques; le second ordre renferme, comme genre, les maladies des os et celles de leurs articulations.

4° Dans la quatrième classe sont rangées sous quatre ordres, les nombreuses affections de l'*appareil digestif*. Ces maladies appartiennent aux organes de la mastication, de la déglutition, de la digestion abdominale et des voies urinaires.

5° La cinquième classe embrasse, sous trois ordres, les maladies de l'*appareil circulatoire*, c'est-à-dire les lésions du cœur, des artères et des veines.

6° La sixième classe contient, sous le titre de maladies de l'*appareil respiratoire*, toutes les lésions mécaniques des organes de la respiration, tous les obstacles à l'entrée de l'air existant dans les conduits aérifères, dans les parois de la poitrine ou dans le poumon lui-même.

7° Dans la septième classe sont comprises les maladies du *tissu cellulaire*, telles que les abcès chauds et froids, les abcès par congestion, les loupes enkystées ou sans kystes, et les infiltrations de diverses espèces.

8° La huitième et dernière classe se compose des maladies de l'*appareil reproducteur;* celles des parties génitales de l'homme en forme le premier ordre; le second comprend les lésions des organes sexuels de la femme.

J'ai analysé avec autant de détails la classification nosologique de M. Richerand, parce que c'est celle que j'ai trouvée la plus simple, la plus méthodique, et que j'ai constamment employée avec succès dans mes cours de pathologie chirurgicale.

6° THÉRAPEUTIQUE.

La thérapeutique ne faisant pas réellement partie de la pathologie proprement dite, je n'en parlerai ici que très-sommairement, parce que l'on ne peut professer la pathologie chirurgicale sans faire connaître, ou du moins indiquer les moyens que la chirurgie emploie dans le traitement des maladies qui sont de son ressort.

Le but de la thérapeutique est de guérir les maladies, de rendre les organes malades à l'état sain. Le traitement appartient à l'art, la guérison à la nature. Aussi, traiter une maladie consiste seulement à éloigner toutes les circonstances qui peuvent l'aggraver, et à user des moyens propres à influer sur sa marche et sa terminaison.

Les bases de la thérapeutique reposent sur la connaissance des lois qui régissent le corps malade et celle des moyens propres à les modifier. C'est en s'éclairant par l'observation, l'expérience, les expérimens ou le raisonnement, que le médecin peut entreprendre avec sûreté et confiance le traitement d'une maladie.

La thérapeutique présente deux parties distinctes, les *indications* et les *moyens* de les remplir.

L'indication consiste dans l'ensemble des circonstances qui fixent le jugement du médecin sur la marche qu'il doit suivre, et semble, en quelque sorte, la lui indiquer.

Les indications sont *empyriques* ou *rationnelles:* on ignore encore l'action des médicamens sur nos organes dans la guérison des maladies; on ignore comment le mercure agit contre les symptômes de la syphilis, comment le quinquina arrête les accès de fièvres intermittentes et le retour d'autres affections périodiques, et cependant on emploie ces agens thérapeutiques avec des chances presque certaines de succès. On ne saisit pas de rapport entre le mal et les remèdes, et on ne connaît l'action de ces derniers que par les effets qui suivent leur administration. Néanmoins, ce n'est qu'après mûre réflexion, que le médecin, guidé par l'observation et l'expérience, choisit tel ou tel médicament, et en fait la prescription sous les formes et aux doses les plus appropriées au cas; c'est par là que l'empyrisme éclairé du médecin se distingue, comme on l'a dit, de l'empyrisme aveugle du charlatan.

Les *indications* rationnelles que fournit la raisonnement sont encore bien plus sûres : si elles existent pour beaucoup de maladies dites internes, il faut avouer qu'elles sont bien plus nombreuses dans les affections chirurgicales.

Le médecin doit saisir attentivement les indications qui se présentent pour le traitement des maladies, et savoir souvent se décider promptement dans beaucoup de cas urgens, ne point temporiser : *consilium in arenâ sumere.* Dans d'autres cas, on est obligé d'attendre avant d'agir, de faire la médecine expectante, etc.

Des circonstances nombreuses peuvent fournir des indications chez l'homme malade. Les principales sont la tendance de la maladie vers telle ou telle terminaison ; l'influence de la maladie sur la santé générale de l'individu ; les causes, le genre, le caractère, le type, les diverses périodes, le siège, l'intensité, l'état de simplicité ou de complication de l'affection, l'état des forces, les effets des traitemens déjà employés, etc.

Telles sont les principales circonstances qui influent sur les indications en thérapeutique.

Chaque maladie n'a pas un seul remède ; le même remède peut convenir à des maladies d'espèces fort différentes ; et, dans quelques cas, la même affection peut réclamer des remèdes opposés.

On a donné le nom de *co-indication* à la réunion de plusieurs indications qui demandent la même méthode de traitement. On appelle *contre-indication* une indication qui est contraire aux autres et rend nécessaire une marche thérapeutique différente.

Les indications sont *prophylactiques* ou *préservatives*, lorsqu'elles ont pour but de préserver d'une maladie, et elles sont dites *curatives* lorsqu'elles sont réclamées pour sa guérison, pour sa convalescence. Les phénomènes consécutifs des maladies offrent encore des indications particulières.

Les *moyens* thérapeutiques se trouvent dans tout ce qui peut être employé par la médecine, pour le rétablissement des malades. Les uns sont *hygiéniques* ou tirés de la matière de l'hygiène ; les autres sont *médicinaux*, empruntés à la pharmacie ; les derniers enfin sont *externes* ou *chirurgicaux.*

Les indications thérapeutiques chirurgicales consistent presque toutes, à la vérité, dans l'application d'agens mécaniques au corps de l'homme pour obtenir la guérison de ses maladies : mais le chirurgien ne doit pas moins,

dans le plus grand nombre des cas, employer, en même temps, les soins hygiéniques et les secours fournis par les médicamens. Il trouve sans cesse l'occasion de mettre à contribution, non-seulement son adresse manuelle, mais toutes ses autres notions en anatomie, en physiologie, en pathologie, en physique, en mécanique, en chimie ou en matière médicale.

Le traitement des maladies chirurgicales est fondé, comme celui des affections internes, sur la connaissance approfondie de l'affection et des moyens employés avec succès dans des cas semblables. Mais dans mainte occasion il devient nécessaire d'inventer, de créer de nouveaux procédés, ou de modifier ceux déjà usités. C'est ici que se déploie dans toute son étendue le génie chirurgical qui sait opposer de nouveaux moyens de guérison à des maladies nouvelles ou réputées incurables; le chirurgien fait appel à toutes ses connaissances dans l'art de guérir, il calcule ce qu'il peut ou doit espérer de ses moyens thérapeutiques et des forces de la nature pour l'aider dans la guérison. Né d'une imagination ardente que sait à propos maîtriser la raison, ce génie inventif a toujours fait les hommes d'un talent supérieur auxquels nous devons la place honorable qu'occupe la chirurgie française parmi les nations civilisées. Il faudrait que le chirurgien, comme on l'a dit de J.-L. Petit, pût créer la chirurgie en supposant qu'elle n'eût pas existé.

Dans le traitement des maladies, rien ne peut suppléer à l'expérience, à l'habitude de voir et d'agir par soi-même. Ainsi, les connaissances théoriques les plus vastes et les plus solides sont souvent insuffisantes, lorsqu'il s'agit d'en faire l'application au malade, de les mettre en œuvre. Il n'est aucun jeune médecin ou chirurgien qui, au début de sa carrière dans la pratique, n'ait été à même de se convaincre de la vérité de cette assertion.

Ce ne sont pas en général les spéculations faites dans le cabinet, par les chirurgiens-théoriciens, qui peuvent servir beaucoup dans la pratique. Combien de fois ne se sont-ils pas abusés sur les avantages qu'ils se croyaient en droit d'attendre de leurs nouvelles inventions, de leur nouvelle méthode de traitement! plusieurs milliers de ces inventions ne sont-elles pas tombées dans l'oubli le plus profond après avoir vu le jour un instant et joui parfois d'une vogue éphémère?

En chirurgie on ne doit pas être plus exclusif qu'en médecine; un chirurgien habile doit savoir faire l'élection de la meilleure méthode, du procédé

le plus convenable qu'il peut employer pour tel ou tel cas de maladie, sans s'attacher exclusivement à aucun d'eux.

On doit mettre beaucoup de prudence dans la pratique de la chirurgie : savoir calculer dans les cas insolites, jusqu'où l'art peut étendre ses effets salutaires sans compromettre la vie des malades : c'est dans des cas désespérés seulement que le chirurgien peut employer un moyen douteux plutôt que de rester spectateur des désordres et de la terminaison fatale de la maladie, qu'il peut entreprendre des opérations telles que l'ablation de l'utérus, la ligature de l'aorte abdominale, de l'artère innominée.

Les moyens chirurgicaux sont très-nombreux, et on doit considérer dans un ordre méthodique comme tels, les applications topiques, les opérations manuelles, quelle que soit leur nature et leur importance, les appareils, les bandages, les moyens de corriger les difformités qu'on emprunte à la prothèse, etc.

Toutes les opérations chirurgicales, proprement dites, ont pour but de *diviser* ou de *réunir* certaines parties, d'en *réduire* d'autres, d'*évacuer* les liquides épanchés, d'*extraire* les corps étrangers.

Ces divers modes opératoires peuvent se trouver combinés de différentes manières dans la même opération : ainsi, dans l'opération de la taille, on divise les parties pour arriver au corps étranger, on fait l'extraction de celui-ci, et on réunit les lèvres divisées de la plaie. Des détails plus étendus sur ce sujet appartiendraient à la médecine opératoire.

Les chirurgiens, pour exceller dans leur art, doivent avoir fait une étude particulière de l'anatomie, et surtout de celle qu'on nomme chirurgicale, au moyen de laquelle on connaît parfaitement les rapports dans lesquels se trouvent entre eux nos différens organes. Comment un chirurgien pourrait-il diriger ses instrumens dans les opérations les plus délicates, s'il n'avait continuellement présente à l'esprit la disposition exacte des parties sur lesquelles il opère ? ne risquerait-il pas à chaque instant de donner la mort au lieu de rendre la santé au malheureux malade qui se serait confié à ses soins ? L'anatomie pathologique, comme nous l'avons vu, doit également éclairer de son flambeau la marche des chirurgiens dans une foule d'opérations délicates. Les expériences sur les animaux vivans, et surtout la pratique des opérations sur le cadavre, donnent au chirurgien l'adresse manuelle qui lui est si nécessaire dans l'exercice de sa profession. Il faut encore qu'il soit doué de

qualités particulières, heureuses dispositions de la nature qui ne s'acquièrent pas, mais seulement se développent et se fortifient par l'exercice et l'expérience. « Le chirurgien, dit Celse, doit être jeune, ou du moins peu avancé « en âge; il faut qu'il ait la main ferme, adroite et jamais tremblante; qu'il « se serve de la gauche et de la droite avec une égale dextérité; qu'il ait la « vue claire et perçante, l'ame intrépide, et qu'impassible, lorsqu'il veut gué- « rir celui dont il s'est chargé, il ne se hâte pas, ni ne coupe moins qu'il ne « faut, mais achève son opération comme si les plaintes du malade ne faisaient « aucune impression sur lui. »

SECONDE PARTIE.

DU PLAN ET DE LA MÉTHODE QU'IL CONVIENT DE SUIVRE DANS L'ENSEIGNEMENT DE LA PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

« Segniùs irritant animos demissa per aurem,
« Quàm quæ sunt oculis subjecta fidelibus, et quæ
« Ipse sibi tradit spectator. »

Horat. *Ars poetica.*

Avant de se présenter au cours de Pathologie chirurgicale, les élèves doivent avoir préalablement étudié l'anatomie générale et descriptive, la physiologie, et surtout la physique et la chimie parmi les sciences accessoires; il serait à désirer aussi qu'ils eussent déjà des connaissances générales en anatomie pathologique, science qui devrait servir d'introduction à la Pathologie, comme l'anatomie en sert à la physiologie. En effet, il faudrait connaître d'abord les altérations matérielles des organes par l'effet des maladies, et ensuite les causes qui ont produit ces altérations, les symptômes qu'elles ont déterminés, c'est-à-dire la maladie elle-même. En suivant cette marche, on pourrait procéder du simple au composé, du connu à l'inconnu, remonter de l'effet à la cause.

Le professeur doit mettre beaucoup de méthode dans l'exposé des matières du cours de Pathologie externe, afin de bien classer les objets dans l'esprit des élèves, et de leur faire saisir mieux et plus rapidement les rapports qu'ils ont, soit entre eux, soit avec les autres parties de la science.

Je pense qu'il est indispensable de commencer le cours par des généralités sur la Pathologie générale, en ayant soin de prendre, dans cette science, principalement ce qui a rapport aux affections chirurgicales : les élèves, en effet, doivent connaître d'abord les divisions de la science et les termes de Pathologie qu'on emploie si souvent et dont ils doivent apprécier exactement le sens et la valeur.

Après avoir exposé l'ordre à suivre dans l'étude des maladies, on les fera connaître successivement, suivant qu'elles appartiennent aux organes de la vie de relation, de la vie organique, ou à ceux de la génération.

Avant de passer à la description de chaque maladie en particulier, on ne peut guère se dispenser de traiter de l'inflammation et de ses divers modes de terminaison, des plaies et des ulcères; ces maladies pouvant se rapporter à tous les organes, leur étant pour ainsi dire communes.

Dans l'exposé de chaque maladie en particulier on devra adopter l'ordre suivant : 1° donner des considérations générales sur la nature, la structure et les fonctions de l'organe affecté; 2° définir la maladie et faire connaître ce qui tient à son histoire; 3° décrire les altérations produites par la maladie dans les organes; 4° exposer les causes prédisposantes et efficientes, les symptômes, les signes, le diagnostic et le pronostic de la maladie; 5° indiquer son traitement général et local.

Il est toujours nécessaire de rappeler en peu de mots aux élèves ce qu'il y a de plus saillant sur la nature, la structure et les fonctions de l'organe dont on va étudier les maladies, afin de disposer leur esprit à bien suivre tout ce qu'on doit dire sur chacune d'elles en particulier.

On doit donner une définition courte, claire et précise de chaque maladie, ce qui, en général, est plus facile pour les maladies chirurgicales, pour les lésions physiques par exemple, que pour celles qui appartiennent à la pathologie interne.

On ne devra tracer l'historique d'une maladie que d'une manière très-concise, et n'indiquer que les époques les plus saillantes et les auteurs qui ont le plus contribué à la faire connaître, à en trouver ou à en perfectionner le traitement. De plus longs développemens seraient pour le moins inutiles et appartiendraient au cours d'histoire de la médecine. Ce serait au désavantage des élèves, en surchargeant leur mémoire de détails inutiles, que le professeur ferait paraître et briller une érudition qu'il est souvent si facile de montrer, après avoir consulté les ouvrages de Haller, de Sprengel, de Ploucquet et les autres tables des annales de la science.

Dans l'exposition des causes, sans négliger celles qui sont prédisposantes ou générales, on devra, pour beaucoup de maladies, insister spécialement sur celles qui agissent d'une manière mécanique, chimique ou spécifique.

On doit ordinairement, en chirurgie, examiner d'abord les symptômes locaux dépendant des changemens de conformation, de volume, de situa-

tion, de couleur, de température, du genre de douleur de l'organe malade, puis s'attacher ensuite à ceux qui sont généraux ou produits par l'organe affecté sur les autres fonctions de l'économie. On doit dépeindre ces symptômes d'une manière distincte et bien tranchée; indiquer, autant que possible, leur marche et leurs principales variétés.

Le diagnostic est un des points sur lesquels on doit le plus insister dans l'examen de chaque maladie, puisqu'il nous enseigne à la reconnaître, à ne point la confondre avec d'autres. Le praticien lui doit en général sa supériorité, et il est bon que les élèves connaissent de bonne heure toute son importance.

Pour les maladies qui peuvent se rencontrer dans toutes les régions, comme certaines tumeurs, on peut établir leur diagnostic en général et faire connaître ensuite les modifications qu'elles présentent, suivant qu'elles occupent telle ou telle région.

Le professeur ne peut se dispenser de faire connaître les erreurs commises dans le diagnostic et le traitement des maladies. Rien n'excite autant l'intérêt des élèves, rien ne peut mieux leur faire sentir combien l'attention la plus scrupuleuse est nécessaire dans l'exploration des maladies, lorsqu'il s'agit d'en établir le diagnostic et de les traiter.

On doit faire franchement l'aveu des fautes qu'on peut avoir commises dans la pratique. Cet aveu, quelque pénible qu'il paraisse, est la marque d'un esprit supérieur et d'un véritable amour de l'instruction et de l'humanité. Les leçons de l'expérience, dans les cas malheureux, ne sont, en effet, pas moins instructives pour les élèves que la relation des faits de chirurgie suivis des plus brillans succès. Mais si l'on doit faire l'aveu de ses propres erreurs, il faut mettre une grande délicatesse en parlant de celles des autres, et agir toujours à leur égard avec la bienveillance et l'indulgence qu'on est en droit d'en attendre à son tour.

Après avoir examiné tout ce qui tient au diagnostic de la maladie, le professeur en fait connaître le pronostic et le traitement; il ne perdra point un temps précieux en insistant sur tous les détails qui appartiennent à la description des méthodes, des instrumens et du manuel opératoire, et, par conséquent, au cours d'opérations.

Je ne vois pas de raison plausible, si ce n'est l'étendue du sujet, qui ait pu motiver la séparation des maladies des os, de la pathologie chirurgicale, pour les attribuer au cours de médecine opératoire.

Mais comment le professeur de pathologie chirurgicale doit-il traiter des maladies qui sont revendiquées à la fois par la médecine et la chirurgie, comme la syphilis, l'érysipèle, certaines dartres ulcéreuses? Il doit s'entendre avec le professeur de pathologie interne, et s'attacher surtout, pour ces maladies, aux symptômes locaux, à ceux qui réclament principalement un traitement chirurgical.

Même dans un cours théorique, un praticien a un immense avantage, c'est de pouvoir commenter, d'après ses propres observations et son expérience, et réduire à leur véritable valeur les opinions des auteurs.

Le professeur doit enseigner l'état actuel de la science et en suivre les progrès. S'il peut ajouter à l'art, ses leçons n'en seront que plus suivies et plus profitables; mais on peut seulement exiger de lui qu'il fasse connaître parfaitement l'état actuel de nos connaissances sur la matière qu'il traite.

Il doit avoir pour but de développer par l'exercice actif des sens de ses élèves, l'étendue de leur intelligence, et de leur apprendre complètement tout ce qui a rapport aux maladies chirurgicales : le cours de pathologie externe devant les disposer aux études cliniques (1), après lesquelles ils devront eux-mêmes se livrer à la pratique.

On doit insister principalement sur les maladies les plus fréquentes dans la pratique; avoir pour but d'instruire solidement les élèves sur les cas qu'ils rencontreront souvent.

Quant à la manière d'exprimer ses idées, de les faire distinctement entendre et comprendre de tout l'auditoire, etc.; ces matières rentrent dans l'art de professer en général, et ne sont pas particulières au cours de pathologie externe.

Personne ne disconviendra que la pathologie chirurgicale ne soit une science essentiellement *descriptive* et *démonstrative*. Mais quels sont les moyens de démonstration que peut employer le professeur? Le mieux qu'il pourrait faire serait, sans doute, de présenter aux élèves des maladies ou des pièces d'anatomie pathologique, dont il donnerait la description d'après nature; dans l'impossibilité où il se trouve le plus souvent de suivre cette marche, il se trouve obligé d'avoir recours aux préparations artificielles en cire, aux des-

---

(1) Le professeur de pathologie chirurgicale, en effet, coordonne, classe, examine méthodiquement les maladies, que le professeur de clinique présente aux élèves dans l'ordre que détermine le hasard.

sins coloriés ou aux planches gravées qui sont dans les collections : encore ces moyens de démonstration sont-ils imparfaits. La petitesse des objets ne permet pas aux élèves placés à une certaine distance, de les apercevoir; et le temps employé à les expliquer pour quelques-uns d'entre eux seulement, est perdu pour les autres; aussi je pense qu'il est presque toujours préférable de donner une idée exacte des maladies que l'on décrit, d'après un dessin linéaire tracé sur le tableau, et mis à la portée de tout l'auditoire.

Si le dessin appliqué à l'étude des sciences naturelles, est généralement reconnu comme indispensable dans les cours de physique, d'anatomie, de physiologie, de botanique, d'histoire naturelle (1), pourquoi n'en ferait-on pas aussi l'application à la pathologie chirurgicale? Les meilleurs auteurs n'ont-ils pas employé le dessin dans leurs ouvrages pour la démonstration des maladies, des altérations pathologiques, des opérations, des instrumens, des appareils et bandages (2) ?

---

(1) Si un professeur d'anatomie faisait son cours sans démonstration sur le cadavre, ou sans s'aider de pièces artificielles ou de dessins à défaut de la nature, ses leçons ne seraient pas supportables, et probablement il n'aurait pas un grand nombre d'auditeurs. Tout le monde connaît l'éclat que M. Cuvier sait donner à ses excellentes leçons d'anatomie comparée, par les dessins corrects qu'il trace sur le tableau. M. de Blainville ne retire pas de ce moyen un moindre avantage dans le cours qu'il fait à la Faculté des Sciences. M. A. Richard l'emploie toujours dans ses leçons de botanique. M. le professeur Alibert se sert avec un grand succès de dessins et de planches dans ses leçons de clinique sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis : pour fixer dans l'esprit de ses auditeurs, les rapports et les liaisons qu'ont entre elles, par exemple, les diverses espèces de dermatoses, il présente un arbre figuré dont le tronc supporte autant de branches, et celles-ci de rameaux, que la maladie a de genres, d'espèces et de variétés. Ces maladies, fidèlement rendues par la peinture, sont ainsi exposées aux yeux de ses auditeurs. M. le professeur Orfila, dont le cours à la Faculté est si constamment et si attentivement suivi par les élèves qui s'y pressent en foule, augmente beaucoup l'intérêt de ses leçons en présentant sur le tableau la disposition des appareils, en y faisant ses analyses de manière à démontrer aux yeux les décompositions et compositions qui s'opèrent. Veut-il, par exemple, faire connaître la formation de l'acide hydrosulfurique, il l'exprime par la formule suivante :

Sulfure de fer	=	sou	fre	+	fe	r.
Eau	=	hydro	gène	+	ox	ygène.
		Acide hydrosulfurique.			Sulfate de protoxide de fer.	

(2) Je me rappellerai toujours les difficultés que j'ai éprouvées pour comprendre certains

Comment en effet, dans un cours public, pourrait-on, par la parole seule et sans le secours du dessin, faire facilement et clairement comprendre aux élèves, en Anatomie par exemple, certains détails minutieux d'organisation, la disposition du péritoine et d'autres membranes séreuses ou synoviales, beaucoup de parties de l'embryotomie; en Physiologie, les phénomènes de la vision, de l'audition, de la mécanique animale et de la circulation; en Pathologie chirurgicale, les effets produits par la réflexion des balles dans les plaies d'armes à feu, les changemens qui surviennent dans les parois et les viscères des cavités splanchniques dans les cas de hernies, le déplacement des os ou de leurs fragmens dans les luxations et les fractures, les changemens qui surviennent dans la circulation lors de certains cas d'anévrysmes, d'oblitération des vaisseaux, etc. (1).

---

sujets, ou pour en fixer d'autres dans ma mémoire, lorsque, étant élève, je suivais des cours purement théoriques de pathologie externe, ou que je lisais des ouvrages sur cette matière. Combien de fois, en lisant des observations de chirurgie, n'ai-je pas regretté de ne point les trouver accompagnées de gravures! Aussi j'avais pris le parti, en assistant aux cliniques et aux consultations des hôpitaux, de tracer à la hâte, à côté de mes notes, un dessin grossier des cas qui étaient soumis à notre examen. Ce moyen, je l'avoue, m'a été d'un grand secours dans mes études, et depuis cette époque j'ai continué à recueillir de la même manière des matériaux d'anatomie pathologique dans les hôpitaux et les amphithéâtres de dissections. Ce sont ces mêmes difficultés que je voudrais qu'on pût éviter aux élèves quand ils commencent l'étude de la pathologie chirurgicale.

J'ai conseillé à plusieurs de mes élèves d'apprendre à dessiner, bien persuadé que je suis des avantages que le dessin procure, et déjà plusieurs ont été à même de s'en convaincre. Les inconvéniens que l'on éprouve souvent d'employer les artistes de profession, de les avoir toujours à sa disposition, font sentir encore davantage combien il est nécessaire que les dessins soient exécutés par les anatomistes ou les chirurgiens eux-mêmes. Il arrive très-souvent, en effet, que les artistes négligent le point essentiel d'une préparation pour donner plus de soin à des parties accessoires qu'il suffirait souvent d'indiquer par quelques traits pour guider et orienter l'esprit du spectateur. Souvent même le graveur est loin de donner à ses planches toute l'expression du dessin original. M. Sandifort a eu la bonté de me faire voir à Leyde les manuscrits et les dessins originaux du célèbre Camper, et j'ai trouvé ces derniers bien supérieurs encore aux belles gravures que nous en possédons.

(1) Comme il ne se fait pas à la Faculté de cours spécial d'anatomie pathologique, c'est spécialement aux professeurs de pathologie et de clinique qu'il appartient d'en faire la démonstration aux élèves. Le dessin qui doit conserver le souvenir des pièces d'anatomie pathologique est bien nécessaire, surtout en France, où l'on n'emploie pas en général autant d'argent et de soin qu'en Allemagne, en Hollande et en Angleterre, pour la conservation des pièces natu-

La peinture fixe les objets fugitifs et les arrête à jamais dans la mémoire; c'est un langage qui parle aux yeux. Aucune description, quelque claire et précise qu'elle soit, ne peut suppléer à un dessin que d'un coup d'œil on grave dans l'esprit (1). En quelques coups de crayon, le professeur peut tracer et faire comprendre immédiatement des objets dont la description demanderait beaucoup de temps; aussi me suis-je toujours servi avec succès du dessin linéaire dans mes cours d'Anatomie, de Pathologie chirurgicale (2), ainsi que dans la partie du cours de Physiologie que j'ai été chargé de faire dernièrement à la Faculté, pendant la maladie de M. le professeur Duméril.

En décrivant beaucoup de maladies, il sera donc de la plus grande utilité pour les élèves, de leur tracer sur le tableau (3), dans des dimensions suffisantes pour

---

relles. Il suffit de comparer les belles collections de ces pays avec les nôtres pour constater notre infériorité; nous vivons au milieu des richesses de la science, et nous les laissons trop souvent s'engloutir autour de nous. Le dessin empêche leur perte, et en fait profiter les savans de toutes les nations.

(1) Dans le mode actuel d'enseignement le dessin linéaire entre en général parmi les premiers principes d'éducation. On apprend aux enfans à dessiner au trait en même temps qu'à lire et à écrire. Aussi faut-il espérer que dans quelques années tout le monde saura non-seulement *lire le dessin*, c'est-à-dire en rapporter l'image aux corps naturels qu'il représente, mais encore le tracer ou faire connaître sa pensée d'une *manière figurative*.

(2) J'ai reproduit dans mon ouvrage d'anatomie plusieurs de ces dessins, et particulièrement ceux qui sont relatifs aux plèvres, au péritoine et à ses divers replis. Mes élèves en ont retiré de grands avantages, et ce n'est pas sans un sentiment bien vif de satisfaction que j'en vois aujourd'hui plusieurs au nombre de mes honorables compétiteurs.

(3) On emploie le plus souvent, pour tracer les figures, de la craie sur des tableaux noirs; mais on éprouve de la difficulté dès qu'il s'agit de faire tourner les corps, d'en éloigner ou d'en rapprocher quelques parties du spectateur, par des *hachures* qui doivent représenter les *ombres*, et qui, étant alors blanches, forment des *clairs*. Le professeur et les spectateurs éprouvent, pour se rendre compte de la forme des corps, l'inconvénient bien connu des graveurs à l'eau forte, qui tracent leurs dessins sur le vernis noir de la planche, et découvrent avec la pointe la surface brillante du métal. Il faut nécessairement que l'esprit fasse une inversion en plaçant les ombres à la place des clairs, *et vice versâ*.

Pour obvier à cet inconvénient, qui est, pour ainsi dire, généralement éprouvé, les dessins devront être faits avec des crayons noirs (le charbon de fusain) sur des tableaux blancs, peints à la céruse, non vernis, mais dépolis à la pierre ponce. Ces traits s'effacent aussi facilement avec une éponge humide que ceux qui ont été tracés avec de la craie; leur effet est bien plus naturel et plus facile à saisir.

être bien vus de tous, les objets qui peuvent être rendus par le dessin (1).

Pour démontrer ce que je viens d'avancer, j'ai ajouté à ma dissertation plusieurs planches représentant des cas d'Anatomie pathologique. De ces cas, les uns sont ordinaires, d'autres plus rares, et quelques-uns nouveaux, du moins je le pense; je les ai choisis, comme exemples, entre plus de trois mille dessins d'Anatomie pathologique que j'ai recueillis. Tracés pendant ma convalescence et à la hâte, à raison de la proximité du concours, ces dessins ne sont pas tels que j'aurais désiré les présenter, mais ils suffiront, je l'espère, pour démontrer ce que j'ai avancé sur les avantages qu'on doit retirer du dessin linéaire, d'une sorte d'épure géométrique, dans l'enseignement de la Pathologie chirurgicale (2).

---

(1) Des dessins linéaires qu'on devra présenter aux élèves, les uns seront figurés sur le tableau avant la leçon, les autres seront tracés immédiatement par le professeur, qui en fera en même temps l'explication, ce qui ne sera pas inutile à ceux des élèves qui par la suite voudront s'exercer eux-mêmes à ce genre de démonstration de leurs idées.

(2) J'ai accompagné plusieurs de ces dessins d'un précis analytique des pièces d'Anatomie pathologique qu'ils représentent ou des observations qui s'y rapportent. La plupart sont réduits dans des proportions différentes, de manière néanmoins que leur réduction ne s'oppose pas à leur précision et à leur intelligence.

EXPLICATIONS DES PLANCHES.

PLANCHE 1.

FIGURE 1.

Elle représente *la forme que prend une plaie transversale faite à une artère, et n'intéressant que le quart de sa circonférence.* (Cette figure, d'un tiers au-dessus de sa grandeur naturelle, est dessinée, ainsi que les figures 2, 3, 4, 5, 6 et 9, d'après des artères fémorales de gros chiens, sur lesquels j'ai répété les expériences de Jones et de Béclard. Mes résultats sont à peu près conformes à ceux qu'ils ont obtenus.)

N° 1. Extrémité supérieure, et — 2. extrémité inférieure de l'artère. — 3. Grandeur et direction de la plaie. — 4. Figure ovalaire que prend la plaie par la rétraction de ses lèvres.

FIGURE 2.

Elle représente *la forme que prend une plaie transversale faite à une artère, et intéressant les trois quarts de sa circonférence.*

N° 1. Extrémité supérieure, et — 2. extrémité inférieure de l'artère. — 3. Grandeur de la plaie. — 4. La lèvre inférieure, et — 5. la lèvre supérieure de la plaie, considérablement écartées l'une de l'autre, et permettant une libre issue au sang par les deux bouts de l'artère. — 6. Portion de l'artère qui n'a pas été coupée, et s'oppose à la rétraction des extrémités de ce vaisseau dans sa gaîne celluleuse.

FIGURE 3.

Elle représente l'artère précédente, vue de profil. Les numéros indiquent les mêmes objets.

FIGURE 4.

Elle représente *la forme que prend une plaie faite obliquement aux parois d'une artère.*

N° 1. Extrémité supérieure, et — 2. extrémité inférieure de l'artère. — 3. Grandeur et direction de l'incision. — 4. Forme oblongue que prend la plaie.

FIGURE 5.

Elle représente une *plaie longitudinale d'une artère*. Cette plaie a environ trois lignes de longueur. On observe que les lèvres de l'incision s'écartent à peine : elles restent même quelquefois collées.

N° 1. Extrémité supérieure, et — 2. extrémité inférieure de l'artère. — 3. Longueur de l'incision. — 4. La plaie, dont les lèvres sont à peine écartées.

FIGURE 6.

Elle représente l'artère précédente, fendue longitudinalement sur le côté opposé à la plaie, et vue par sa face interne. Cette pièce a été dessinée d'après l'artère fémorale d'un gros dogue tué quatre jours après l'expérience. On voit que les lèvres de la plaie se sont peu écartées, et sont déjà assez solidement réunies par un épanchement de lymphe plastique et coagulable.

N° 1. Extrémité supérieure, et — 2. extrémité inférieure de l'artère. — 3. Les bords écartés de la section de l'artère. — 4. La plaie longitudinale, vue par la face interne de l'artère, et offrant, au niveau de la cicatrice commençante, une transparence plus prononcée que celle des parois de ce vaisseau.

FIGURE 7.

Elle représente une partie de l'artère humérale dont les deux bouts ont été tirés en sens opposés avec assez de force pour rompre les tuniques interne et moyenne et pour allonger, en tube conique, la tunique celluleuse. (Artère provenant du cadavre d'un homme âgé d'environ quarante-cinq ans).

Les effets du déchirement des artères, quand on tire leurs deux bouts en sens opposé, varient suivant le calibre de ces vaisseaux. Dans les artères très-grosses, comme la carotide et la crurale, la tunique cellulaire s'étend et se déchire irrégulièrement en lambeaux minces, et plus ou moins longs. Les deux tuniques internes se déchirent sans présenter, d'une manière sensible du moins, la rétraction circulaire qui pourrait amener une occlusion complète ou incomplète du canal.

Dans les artères d'un médiocre calibre, comme la brachiale, les radiales, cubitales ou tibiales, des phénomènes de deux espèces sont observables ; les uns dépendent des modifications que reçoit la tunique *externe* ou cellulaire, et les autres des altérations des tuniques internes. La tunique externe s'étend peu à peu et s'allonge, de manière à présenter un cône creux dont la base correspond un peu au-dessus du point où les tuniques internes se sont déchirées, et dont le sommet se prolonge en un long fil flexible, disposition assez heureusement comparée à celle d'un tube de verre tiré à la lampe. Par l'insufflation de l'artère ainsi brisée, ce prolongement cellulaire se distend comme une petite vessie conique à parois demi-trans-

parentes, et celles-ci ne deviennent perméables à l'air que lorsque l'on fait l'insufflation avec force. Les tuniques *internes et moyennes* sont déchirées circulairement, mais d'une manière qui n'est pas nette, et de telle façon qu'il y a souvent de petits anneaux incomplets qui sont entraînés par la tunique cellulaire distendue. Ces deux tuniques offrent, en outre, près du point où elles ont été déchirées, des rides parallèles à l'axe de l'artère, formant des plis dont la base se trouve vers le bord rompu du vaisseau et concourant ainsi à en diminuer le calibre. Il est remarquable que le cône formé par la tunique cellulaire ne commence pas brusquement au point où les tuniques internes se sont rompues, mais qu'il se confond insensiblement avec le calibre du vaisseau, de sorte que celui-ci finit lui-même en entonnoir. J'ai fait, avec M. Bompard fils, interne des hôpitaux, les expériences dont je viens de noter quelques résultats.

N° 1. Extrémité supérieure, et — 2. extrémité inférieure de l'artère. — 3, 3. Endroits où les tuniques moyennes et internes se sont rompues. — 4, 4. Tubes coniques formés par l'allongement de la tunique cellulaire. — 5. Point de réunion du sommet des deux tubes précédens, la tunique celluleuse, n'étant pas encore entièrement rompue.

FIGURE 8.

Elle représente le bout supérieur de l'artère précédente fendue dans toute sa longueur, après le déchirement complet du vaisseau, et vu par sa surface interne.

N° 1. Extrémité supérieure de l'artère. — 2. Endroit où les tuniques interne et moyenne se sont rompues. — 3. Endroit où le calibre de l'artère diminue sensiblement par la compression que la tunique cellulaire allongée exerce sur les membranes internes. — 4. Pli saillant que forment, dans la cavité de l'artère, les tuniques précédentes qui sont comme froncées. — 5. Tube conique creux, formé par l'allongement de la tunique celluleuse. — 6. Extrémité filiforme qui termine le tube précédent.

FIGURE 9.

Elle représente les résultats que l'on observe, après *la section complète d'une artère, lorsque les extrémités de celle-ci se sont rétractées dans leur gaîne celluleuse et que l'hémorrhagie s'est arrêtée spontanément.* (Préparation faite d'après l'artère fémorale d'un chien de basse-cour, tué six jours après l'expérience).

Les résultats que j'ai obtenus de plusieurs expériences semblables, faites sur des vaisseaux de calibres différens, sont presque entièrement conformes à ceux que le docteur Jones a fait connaître le premier, je crois, dans son excellent Traité sur les hémorrhagies.

N° 1. Extrémité supérieure de l'artère. — 2. Cavité de l'artère mise à découvert par une section longitudinale. Les lèvres de la division sont écartées l'une de l'autre

et tirées en dehors par des airignes. — 3. Petite artère musculaire. — 4. Extrémité inférieure de l'artère, rétractée dans la gaîne celluleuse, après la section transversale et complète de ses parois. — 5, 5. Gaîne celluleuse de l'artère fendue longitudinalement comme cette dernière. Cette gaîne est fortement tirée en dehors par deux airignes, afin de laisser voir le *caillot extérieur* qu'elle renferme; elle est infiltrée de sang, et adhère fortement au caillot précédent. — 6. Le caillot extérieur ou de la gaîne celluleuse. — 7. Portion du caillot précédent remontant entre la gaîne celluleuse et les parois de l'artère. — 8. *Caillot intérieur* ou de l'artère, ayant une forme conique : sa base arrondie adhère intimement, par une lymphe plastique et coagulable, d'une part, au caillot extérieur, et de l'autre aux bords de la plaie transversale de l'artère.

FIGURE 10.

Elle représente l'*artère fémorale d'un homme adulte*, *mort six jours après l'amputation de la cuisse.* L'artère est fendue longitudinalement, à sa partie antérieure, jusqu'à l'extrémité tronquée sur laquelle a été appliquée la ligature, afin de faire voir sa cavité et le caillot sanguin qu'elle renferme.

N° 1. Extrémité supérieure de l'artère. — 2. Extrémité tronquée du vaisseau sur laquelle est appliquée la ligature. — 3, 3. Petites branches musculaires. — 4,4. Lèvres de l'incision longitudinale faite à l'artère, écartées et tirées en dehors par deux airignes. — 5. Caillot conique dont la base remplit le cul de sac de l'extrémité tronquée de l'artère et adhère à la plaie résultant de la division des membranes interne et moyenne par la ligature. Le sommet de ce caillot flotte librement dans la partie médiane de l'artère.

FIGURE 11.

Artère brachiale d'un jeune homme, mort le neuvième jour après l'amputation du bras pratiquée pour une carie scrophuleuse du coude.

L'artère est fendue jusqu'auprès de la ligature, afin de mettre en évidence le caillot conique qu'elle renferme. Ce caillot adhérait, dans toute sa longueur, à la paroi de l'artère opposée à l'ouverture d'une collatérale assez grosse, qui naissait à environ six lignes de l'endroit où avait été appliquée la ligature. La face du caillot correspondant à la collatérale était libre et comme taillée en biseau jusque vers la base du coagulum : celle-ci adhérait intimement à la plaie des tuniques internes de l'artère et contenait, dans son centre, de la fibrine jaune. La ligature était prête à se détacher par la section presque complète de la tunique celluleuse qu'elle embrassait seule.

N° 1. Extrémité supérieure de l'artère ouverte. — 2. Extrémité tronquée du même vaisseau. — 3. Petit rameau musculaire. — 4. Branche collatérale assez vo-

lumineuse. — 5. Ouverture de la branche précédente dans la cavité de l'artère. — 6. Base du caillot. — 7. Point d'adhérence du caillot à la paroi correspondante de l'artère.

FIGURE 12.

Blessure d'une artère pour laquelle une seule ligature a été appliquée au-dessus de la plaie, l'hémorrhagie continuant d'avoir lieu. Le sang arrive encore à la plaie par l'extrémité inférieure de l'artère qui le reçoit des collatérales.

Les flèches indiquent la direction que suit le sang pour refluer par les collatérales dans l'extrémité inférieure du vaisseau.

N° 1. Extrémité supérieure, et — 2. extrémité inférieure de l'artère — 3. Collatérale naissant de l'artère au-dessus de la ligature. — 4. Branche principale de la collatérale précédente allant s'ouvrir dans une — 5. autre collatérale, provenant de l'artère au-dessous de la plaie, et par laquelle le sang reflue dans l'extrémité inférieure de ce vaisseau.—6. Le sang jaillissant de la plaie malgré —7. la ligature qui est placée immédiatement au-dessus. — 8. Ligne ponctuée indiquant l'endroit où devrait être placée, dans un semblable cas, une seconde ligature au-dessous de la plaie.

FIGURE 13.

Anévrysme variqueux de l'artère humérale, suite d'une plaie faite par la pointe d'un couteau, chez un homme adulte.

On avait appliqué une simple ligature au-dessus de l'ouverture de communication de l'artère brachiale avec la veine du même nom; nonobstant cette ligature, les pulsations reparurent dans la tumeur, le membre s'atrophia, les doigts devinrent d'un bleu livide, les ongles se détachèrent, et plus tard on fut obligé de pratiquer l'amputation de la partie supérieure du bras. (Pièce dessinée vingt-quatre heures après l'amputation.) L'artère et la veine sont ouvertes dans toute leur étendue, de manière à mettre en évidence l'ouverture de communication par laquelle le sang artériel passait librement dans la cavité de la veine qu'il avait considérablement dilatée, et dont les parois étaient devenues quatre à cinq fois aussi épaisses que dans leur état normal. Ces parois étaient blanches, résistantes, et comme fibreuses. La tumeur était oblongue et son extrémité inférieure allongée se terminait au-dessus de deux valvules de la veine, qui semblaient s'être opposées au reflux du sang artériel. Toutes les veines de la partie supérieure du membre, au niveau et au-dessus de la tumeur, étaient extrêmement dilatées, mais d'une manière uniforme et sans offrir les renflemens inégaux et les flexuosités qu'elles présentent dans les varices. L'extrémité inférieure de l'artère, au-dessous des collatérales par lesquelles ce sang avait reflué dans la tumeur, était très-retrécie, et offrait tout au plus le volume de l'artère radiale à sa partie moyenne.

Sur le dessin on a supprimé l'endroit où a été faite la ligature et l'on a rétabli les

parties telles qu'elles devaient être avant l'opération, afin de faire mieux saisir leur disposition dans l'anévrysme variqueux. Les flèches indiquent le cours du sang.

N° 1. Extrémité supérieure, et — 2. extrémité inférieure de l'artère humérale. — 3. Cavité de l'artère et ouverture de communication avec celle de la veine. — 4, 4. Artères collatérales dilatées, par lesquelles le sang a dû refluer dans la partie inférieure de l'artère, au-dessous de la ligature, pour passer ensuite, par l'ouverture de communication, dans la veine. — 5. Cavité de la veine à l'endroit de sa plus grande dilatation, correspondant à l'ouverture de communication. — 6. Extrémité supérieure, et — 7. extrémité inférieure de la veine. — 8. Valvules de la veine. — 9. Branche veineuse fortement dilatée, s'ouvrant dans la cavité de la tumeur.

FIGURE 14.

Portion des artères humérale, radiale et cubitale dans un cas de dilatation anévrysmatique de tout le système artériel. (Cadavre d'un homme âgé d'environ cinquante ans, pavillon de l'Ecole-Pratique, 1815.)

Ce cadavre avait été injecté : toutes les artères étaient couvertes de tumeurs anévrysmatiques, dont le volume variait depuis celui d'un grain de chenevis jusqu'à celui d'un gros pois. Quelques-unes existaient sur l'aorte et ses principales divisions, mais elles étaient peu saillantes et beaucoup moins nombreuses que sur les artères des membres. Les artères axillaires, brachiales, radiales, cubitales, fémorales, poplitées, tibiales et péronières, formaient, dans plusieurs points de leur longueur, des espèces de chapelets; toutes ces tumeurs étaient nombreuses et rapprochées. Celles des membres inférieurs étaient peut-être moins multipliées : on pouvait, sans exagération, les estimer à plusieurs centaines. Les parois artérielles, d'une couleur blanchâtre, ne paraissaient point altérées dans leur structure, à l'exception des endroits occupés par les tumeurs. Au niveau de celles-ci, les trois tuniques artérielles étaient dilatées et amincies. Dans aucune de ces tumeurs je n'ai observé de rupture des tuniques interne et moyenne. Les artères n'offraient ni ossification, ni dégénérescence stéatomateuse. Ces dilatations se continuaient sur les petites artères, mais elles étaient moins prononcées que sur celles d'un volume supérieur (1).

N° 1. Artère brachiale longitudinalement ouverte, et vue par sa face intérieure. — 2. Artère cubitale. — 3. Artère radiale. — 4, 4. Petites tumeurs anévrysmales saillantes à l'extérieur des artères précédentes. — 5, 5. Cavités que présentent les parois artérielles à leur surface interne au niveau des dilatations anévrysmatiques.

---

(1) M. Pelletan a trouvé soixante-trois anévrysmes sur le système artériel d'un seul individu. Ces tumeurs avaient un volume qui variait de celui d'une aveline à celui de la moitié d'un œuf. (*Clinique chirurgic.*, tom. II, pag. 1.)

FIGURE 15.

Double circulation collatérale, à la suite de la guérison d'un anévrysme de l'artère poplitée par la ligature de l'artère fémorale, vers son tiers inférieur. (Cadavre d'un homme âgé d'environ soixante ans. Pavillon de l'Ecole-Pratique, 1817.)

Ce cadavre portait, à la partie interne du tiers inférieur de la cuisse droite, une cicatrice longitudinale, blanchâtre, d'environ trois pouces d'étendue. L'artère fémorale, au-dessous de cette cicatrice, devenait conique et se changeait, avant de traverser l'arcade aponévrotique du grand adducteur, en un cordon fibreux plein, du volume d'une petite bougie, et de deux pouces environ de longueur. Au-dessous de l'arcade aponévrotique, à la partie supérieure du creux poplité, l'artère semblait se renfler, ou du moins, n'avait point perdu son calibre primitif, et formait une petite tumeur fusiforme, très-allongée, de neuf à dix lignes. Dans cet endroit, elle était creuse et perméable au sang qu'elle recevait d'une collatérale assez forte, venant de la fémorale, pour le transmettre à la partie inférieure de l'artère poplitée, par deux autres collatérales inférieures d'un moindre volume, qui s'ouvraient dans sa cavité. La partie inférieure de cette petite tumeur, qui représentait une sorte de réservoir artériel, se continuait par un cordon plein, arrondi, fibreux, avec un sac anévrysmatique, oblong, rétréci sur ses extrémités, du volume d'une amende encore renfermée dans son sarcocarpe. Ce sac était complètement oblitéré et renfermait des caillots de fibrine assez denses, d'une couleur jaunâtre; il se continuait, par un nouveau cordon fibreux plein, avec la partie la plus inférieure de l'artère poplitée qui recevait des artères collatérales considérablement dilatées. Il y avait ainsi trois cordons fibreux dans l'artère : l'un placé entre l'artère fémorale et la cavité artérielle isolée de l'artère poplitée; un second entre celle-ci et le sac anévrysmal; et enfin un troisième entre ce dernier et la partie inférieure de la poplitée, au niveau de la naissance de la tibiale antérieure. Les flèches indiquent le cours du sang dans cette double circulation collatérale.

N° 1. Artère fémorale. — 2. Cordon fibreux plein, unissant l'artère précédente à — 3. la *cavité isolée* de l'artère poplitée, ouverte de manière à faire voir les trois collatérales qui s'ouvrent dans son intérieur. — 4. Cordon fibreux, unissant la cavité précédente au — 5. sac anévrysmatique, ouvert dans une portion de sa longueur pour mettre en évidence les couches de fibrine qui le remplissent. — 6. Cordon fibreux qui unit le sac anévrysmal à — 7. la partie inférieure de l'artère poplitée. — 8. Origine de l'artère tibiale antérieure. — 9. Collatérale supérieure, naissant de l'artère fémorale. — 10. L'artère précédente s'ouvrant dans la cavité isolée. — 11, 12. Collatérales inférieures, naissant de la même cavité. — 13. La collatérale 12 s'ouvrant dans la partie inférieure de l'artère poplitée.

FIGURE 16.

Ossification et oblitération de l'artère fémorale et de ses principales branches, ayant déterminé une gangrène sénile. (Cadavre d'un homme âgé de soixante et quelques années : pavillon de l'Ecole-Pratique, 1814.)

Les trois premiers orteils et la partie interne du pied droit étaient le siège de l'affection connue sous le nom de gangrène sénile.

Presque toutes les artères de ce cadavre offraient de nombreuses ossifications. L'artère fémorale droite, dont les parois étaient couvertes d'incrustations calcaires, de manière à représenter un tube solide dans plusieurs points de son étendue, était remplie, jusque vers la partie moyenne, par un caillot fibrineux assez compact, qui adhérait intimement à sa tunique interne. Ce caillot se prolongeait jusque dans l'artère poplitée et le commencement de ses divisions en tibiale et péronière : lesquelles étaient également couvertes de plaques osseuses. En examinant avec attention la structure de ce coagulum, je trouvai qu'il était traversé obliquement, au niveau de l'artère poplitée, par une plaque osseuse, longue de trois lignes environ et qui s'était détachée des parois artérielles auxquelles elle n'adhérait plus que par son extrémité inférieure : les fibres jaunâtres du caillot semblaient se mouler et se contourner sur cette plaque osseuse qui bouchait presque complètement la cavité du vaisseau et avait même probablement déterminé la formation du coagulum, l'oblitération de l'artère, et par conséquent la gêne dans la circulation de la partie inférieure du membre et la gangrène du pied. Les artères collatérales étaient remplies de caillots vers leur naissance : la circulation paraissait s'être continuée, bien que faiblement, par de petites anastomoses musculaires et quelques branches des collatérales qui n'étaient point oblitérées.

N° 1. Extrémité supérieure de l'artère poplitée. — 2. Extrémité inférieure de la même artère ouverte, afin de faire voir sa surface interne. — 3, 3. Coupes des parois de l'artère couvertes d'incrustations calcaires. — 4, 4. Incrustations irrégulières visibles sur la face interne de l'artère. — 5. Plaque osseuse n'adhérant plus aux parois artérielles que par son extrémité inférieure et plongée dans le caillot auquel elle adhère assez intimement. — 6, 6. Le caillot remplissant la cavité de l'artère. — 7. Extrémité inférieure du caillot coupé afin de laisser voir les incrustations, 4, 4. — 8, 8. Artères collatérales oblitérées.

FIGURE 17.

Varices de la veine fémorale et commencement d'oblitération de l'artère du même nom, produite par la compression d'une hernie crurale épiploïque. (Cadavre d'une femme d'environ soixante ans. Pavillon de l'École-Pratique, 1814.)

Ce cadavre présentait deux hernies crurales: 1° Celle du côté droit, formée par un long appendice de l'épiploon, qui était dur et surchargé de graisse, était renfermée dans un sac globuleux assez mince, long de quinze lignes, légèrement rétréci à son collet. Ce sac descendait en dehors du ligament de Gimbernat, dans la gaîne de la veine et de l'artère fémorale, s'introduisait en partie entre ces vaisseaux, qu'il refoulait en avant et en dehors ainsi que le muscle pectiné, sur lequel il reposait en arrière. L'artère fémorale offrait un rétrécissement de sa cavité, dû à une transformation cartilagineuse de sa paroi interne et postérieure, précisément à l'endroit où elle était comprimée et déviée par la hernie; la transformation consistait dans une plaque cartilagineuse, blanche, solide, élastique, sorte d'épaississement de la tunique moyenne de l'artère. La membrane interne, en effet, et la tunique extérieure ou celluleuse était intacte; mais les fibres de la tunique moyenne avaient disparu, et semblaient être changées en cartilage. Cette concrétion comprenait, dans le sens transversal, à peu près la moitié de la circonférence de l'artère, et avait de neuf à dix lignes de longueur. Mince vers sa circonférence, elle était beaucoup plus épaisse à sa partie moyenne, et rétrécissait environ de moitié la cavité du vaisseau.

Le sac de la hernie du côté gauche, qui est représenté ici, avait la même forme, les mêmes rapports que dans le cas précédent, et opérait aussi une déviation de l'artère et de la veine fémorales. Il renfermait une portion d'épiploon dure, comme squirreuse, avec laquelle il avait contracté quelques adhérences. L'artère fémorale, au niveau de sa déviation, offrait absolument le même épaississement cartilagineux de ses parois que celle du côté droit : de plus, la veine fémorale au-dessous de la hernie présentait une dilatation variqueuse assez considérable. J'ai constaté que les autres parties des artères fémorales sur ce cadavre, ainsi que les principales artères du corps, étaient exemptes de cette dégénérescence cartilagineuse, que l'on est bien en droit d'attribuer, ce me semble, à la pression locale des tumeurs herniaires sur les parois artérielles.

N° 1. Partie inférieure de l'artère iliaque externe. — 2. Artère circonflexe iliaque, coupée. — 3. Artère épigastrique, coupée. — 4, 4. Artère fémorale. — 5. Artère fémorale profonde. — 6. Ligne ponctuée indiquant l'étendue et la place qu'occupait la dégénérescence cartilagineuse des parois de l'artère fémorale. — 7. Partie inférieure de la veine iliaque externe. — 8, 8. Veine fémorale. — 9. Veine saphène coupée. — 10. Dilatation variqueuse de la veine fémorale. — 11. Ouverture, et — 12. collet du sac herniaire. — 13. Corps du sac. — 14. Endroit où le sac passe derrière l'artère et la veine fémorales.

FIGURE 18.

Coupe transversale de l'artère fémorale précédente au niveau de la dégénérescence cartilagineuse.

N° 1. Coupe de la dégénérescence cartilagineuse et épaisseur des parois de l'artère en cet endroit.—2. Coupe des parois artérielles qui ont conservé leur épaisseur naturelle. — 3. Forme oblongue que présente la cavité rétrécie de l'artère.

PLANCHE II.

FIGURE 1.

Dilatation variqueuse des artères iliaques. (Observée sur le cadavre d'un homme d'une forte complexion, et âgé d'environ soixante ans. Pavillon de Béclard, 1816.)

L'aorte abdominale est très-large, souple, molle, d'une couleur plus blanche que dans l'état ordinaire. Les artères iliaques primitives et les deux branches qui naissent de leur division (l'hypogastrique et l'iliaque externe) offrent un volume remarquable et de nombreuses flexuosités qui leur donnent quelque ressemblance avec les circonvolutions de l'intestin grêle. L'artère iliaque gauche a, dans quelques points de son étendue, plus de largeur que le tronc de l'aorte abdominale dont elle provient. Leurs parois sont molles, flasques, affaissées sur elles-mêmes, excepté dans quelques endroits. Ces vaisseaux offrent des dilatations nombreuses qui forment autant de bosses ou de saillies irrégulières, rapprochées les unes des autres, et séparées par des excavations. Celles-ci dépendent, les unes de l'affaissement des parois de l'artère dilatée qui est vide, les autres des parties de ces mêmes parois qui semblent avoir conservé leur texture et leur apparence naturelle. Cette altération cesse peu à peu dans les branches secondaires des vaisseaux iliaques internes et externes; les artères fémorales, par exemple, sont dans leur état normal à partir d'un demi-pouce au-dessous de l'arcade fémorale.

Les artères iliaques non-seulement sont dilatées, mais elles sont aussi très-sensiblement allongées; aussi forment-elles des sinuosités en se reployant sur elles-mêmes, comme cela s'observe pour les veines devenues variqueuses. Les trois tuniques artérielles sont d'une couleur blanche anormale. La tunique moyenne, au niveau des dilatations, a perdu sa teinte jaunâtre, ses fibres circulaires sont bien moins distinctes; elle ressemble dans beaucoup d'endroits à une lame mince de fibro-cartilage, souple et très-élastique dans le sens de son épaisseur.

Les parois artérielles ne semblent pas avoir perdu sensiblement de leur épaisseur

au niveau des dilatations ; seulement elles s'affaissent, parce qu'elles sont plus minces relativement aux diamètres doublés ou triplés des artères dans les points malades.

N° 1. Fin de l'aorte abdominale. — 2. Artère mésentérique inférieure. — 3. Artère iliaque primitive gauche. — 4. Artère iliaque primitive droite. — 5. Artère iliaque externe, et — 6. artère iliaque interne gauches. — 7. Artère iliaque externe, et — 8. artère iliaque interne droites. — 9, 9, 9. Excavations séparant — 10, 10, 10. les dilatations des artères précédentes.

FIGURE 2.

Tumeur athéromateuse oblitérant la moitié du calibre de l'artère sous-clavière droite, au niveau de la première côte. L'artère est représentée fendue longitudinalement, ainsi que la tumeur. (Observée sur le cadavre d'un homme âgé d'environ cinquante ans. Pavillon de l'Ecole-Pratique, 1815.)

A l'extérieur, l'artère n'offrait aucun changement visible dans son calibre, sa couleur ni son organisation, au niveau de la tumeur qui saillait seulement dans sa cavité. Cette tumeur, longue de six lignes, embrassait, dans le sens de sa largeur, la moitié du diamètre de l'artère, dont la cavité, dans une coupe transversale, paraissait oblongue. La membrane interne saine couvrait la tumeur, qui était formée de couches superposées d'une matière jaunâtre, granuleuse, très-friable. Les fibres circulaires de la tunique moyenne avaient disparu au niveau de la tumeur, qui se trouvait ainsi renfermée entre la tunique celluleuse et la membrane interne.

N° 1. Extrémité interne, et — 2. extrémité externe de l'artère. — 3, 3. Cavité de l'artère ayant conservé son diamètre naturel. — 4. Cavité artérielle rétrécie par — 5. la tumeur athéromateuse.

FIGURE 3.

Elle représente la coupe transversale de l'artère précédente au niveau de la tumeur.

N° 1. La tumeur. — 2. Portion des parois de l'artère qui ont conservé leur épaisseur naturelle. — 3. La cavité de l'artère.

FIGURE 4.

Anévrysme vrai de l'aorte abdominale. Formation d'un canal central dans le caillot pour le passage du sang. La tumeur est vue par sa face antérieure. (Observée sur le cadavre d'une femme, âgée d'environ soixante-dix ans. Pavillon d'anatomie de Béclard, 1816.)

La tumeur existe à la partie inférieure de l'aorte, immédiatement au-dessus de sa bifurcation ; elle est oblongue, inégale, bosselée, et assez lisse à sa surface qui présente, à gauche, une large tache noire, formée par du sang ecchymosé dans la tu-

nique celluleuse. Celle-ci, bien que dilatée, conserve néanmoins une épaisseur assez considérable. La tunique moyenne est également dilatée et amincie : on peut distinguer ses fibres circulaires sur toute l'étendue de la tumeur ; seulement elles sont très-fines et écartées. On ne peut suivre la membrane interne que jusqu'à quelques lignes sur l'endroit où l'artère commence à se dilater. La cavité de l'anévrysme est remplie de couches superposées de fibrine d'une couleur grisâtre, qui deviennent rouges de plus en plus, à mesure qu'elles s'approchent du centre de la tumeur et sont d'une formation plus récente. On trouve, au centre de ces concrétions fibrineuses, un canal artificiel dans lequel passait la colonne de sang. Ce canal est légèrement flexueux, rétréci à son milieu, et se bifurque à sa partie inférieure pour se continuer avec la cavité des artères iliaques primitives. Les parois de ce canal sont revêtues d'une membrane formée d'une couche très-mince de fibrine, facile à déchirer. La fibrine offre dans plusieurs points de son étendue un ramollissement qui la fait ressembler à de la substance cérébrale qui aurait été soumise à la coction. Ce ramollissement de la fibrine se remarque spécialement à la partie gauche de la tumeur, et le sang du canal central s'est infiltré à travers cette substance pulpeuse, pour venir former l'ecchymose qu'on aperçoit à l'extérieur. Les couches de fibrine sont beaucoup plus épaisses en devant qu'en arrière du canal central, aussi ce dernier est-il plus rapproché de la paroi postérieure que de la paroi antérieure de l'artère dilatée.

Les autres parties de l'aorte présentaient quelques ossifications et plusieurs pustules, formées par une matière fluide, blanchâtre, crétacée, qui soulevait la membrane interne.

N° 1. L'aorte abdominale. — 2. Artère iliaque primitive gauche. — 3. Artère iliaque primitive droite. — 4. Artère mésentérique inférieure. — 5. La tumeur. — 6. Ecchymose qu'on observe à la partie centrale gauche.

FIGURE 5.

Elle représente la tumeur précédente, vue par le côté gauche. La tunique celluleuse a été fendue longitudinalement au niveau de l'ecchymose, puis disséquée et écartée de la tunique moyenne.

Les Nos 1, 2, 3, 4, 5, indiquent les mêmes objets que dans la figure précédente. — 6, 6. La tunique celluleuse détachée et renversée. — 7. Portion ecchymosée de la tunique précédente. — 8, 8. Les fibres circulaires de la tunique moyenne, formant la seconde enveloppe de la tumeur.

FIGURE 6.

Elle représente la même tumeur, fendue longitudinalement dans toute son épaisseur jusqu'au canal central du caillot. Les couches de fibrine incisées, ont été renversées avec les tuniques artérielles, afin de mettre à découvert ce canal.

Les Nos 1, 2, 3, 4, indiquent les mêmes objets que dans la figure 4. — 5, 5. Parois de la tumeur et couches de fibrine incisées longitudinalement et renversées en dehors. — 6. Le canal central. — 7, 5. Bifurcation inférieure du canal précédent. — 8. Couche de fibrine ramollie, infiltrée de sang, et s'étendant du canal central à l'ecchymose extérieure.

FIGURE 7.

Anévrysme de l'artère poplitée droite, guéri par l'opération. Rétablissement de la circulation par la dilatation des collatérales. (Pièce disséquée en 1815, avec M. Pelletan père, qui, en 1780, avait pratiqué l'opération par la ligature de l'artère immédiatement au-dessus de la tumeur.)

N° 1. Le fémur coupé à son tiers inférieur. — 2. Partie postérieure du condyle interne du fémur. — 3. Partie postérieure du condyle interne du même os. — 4. Le péroné. — 5. Le tibia. — 6. Portion du ligament inter-osseux. — 7. Ligament latéral externe de l'articulation du genou. — 8. Extrémité supérieure de l'artère poplitée. — 9 à 10. Portion de l'artère poplitée où existait l'anévrysme, changée en un long cordon fibreux, plein et blanchâtre. Le cordon fibreux qui prolongeait l'artère à l'endroit où avait existé l'anévrysme était continu, et nous ne pûmes y apercevoir aucune trace qui indiquât l'endroit où l'artère avait dû être coupée par l'action de la ligature. — 11, 11. Artères articulaires supérieures externes. — 12. Artère articulaire inférieure externe, s'anastomosant avec les précédentes. — 13, 13, 13. Artères articulaires supérieures internes, fortement dilatées. — 14, 14. Artère articulaire inférieure interne, s'anastomosant avec les précédentes, et portant à l'artère poplitée le sang qu'elle en recevait. — 15. Branche dilatée de l'artère tibiale postérieure, anastomosée avec une des artères articulaires supérieures internes. — 16. Artère tibiale postérieure. — 17. Artère péronnière. — 18. Artère tibiale antérieure, traversant l'ouverture du ligament inter-osseux.

FIGURE 8.

Anévrysme de la crosse de l'aorte, renfermant trois couches bien distinctes de fibrine; les plus anciennement formées étant au centre et les dernières épanchées se trouvant à l'extérieur de la tumeur.

Cette observation d'Anatomie pathologique a été faite sur un marchand forain, âgé de quarante-six ans, d'une assez bonne constitution, qui entra à l'hospice de Perfectionnement en 1818, et y mourut environ six semaines après son entrée. Il y avait trois ans que sa maladie avait commencé : après être restée stationnaire assez long-temps, la tumeur avait pris un accroissement subit, qui avait déterminé le malade à entrer à l'hospice. Deux jours avant la mort du malade, la tumeur prit de nouveau un tel accroissement, qu'elle nous sembla doublée de volume du jour au

lendemain. Je fis l'ouverture du cadavre avec Béclard, et voici ce que nous observâmes. La tumeur à l'extérieur, arrondie, très-saillante, occupait toute la partie supérieure droite de la poitrine et remontait jusqu'au-dessus de la clavicule. La peau était amincie et violacée. La tumeur avait détruit, à son niveau, les cinq côtes supérieures droites, les cartilages de prolongement de ces côtes présentaient bien une légère érosion, mais qui n'était pas comparable à celle des côtes. La clavicule commençait à être usée par sa face inférieure. La tumeur était formée par un anévrysme de la crosse de l'aorte un peu avant la naissance de l'artère brachio-céphalique : elle comprimait le poumon, auquel elle adhérait et avait laissé transsuder du sang dans le tissu de cet organe. Elle était soutenue par un pédicule assez étroit. Fendue dans toute son épaisseur et examinée de dehors en dedans, nous pûmes constater qu'elle était formée : 1° à l'extérieur par une membrane fibro-celluleuse d'une épaisseur inégale, assez mince en général, et contenant immédiatement une couche fort épaisse de sang noir, nouvellement épanché et encore imparfaitement coagulé ; 2° à sa partie moyenne par une seconde couche plus ferme que la précédente, en dedans de laquelle elle était placée, et résultant de lames superposées de fibrine d'une couleur jaune rougeâtre ; 3° enfin à l'intérieur par une troisième couche de substance fibrineuse, beaucoup plus solide, plus jaune, et manifestement plus ancienne que la précédente. Cette dernière couche représentait une tumeur centrale du volume d'une petite pomme. Emboîtée par la couche moyenne, elle était creuse en dedans, et sa cavité était tapissée par une fausse membrane assez solide, plissée, couverte de franges libres et flottantes, semblables à celles que l'on observe dans l'un des estomacs des animaux ruminans. A sa partie inférieure, près du pédicule de la tumeur, cette dernière poche, et la couche moyenne de fibrine qui l'enveloppait, étaient décollées des parois internes de l'enveloppe extérieure de l'anévrysme, de sorte qu'il restait entre ces parties un passage par lequel le sang venant de l'aorte, s'était facilement épanché entre la tunique celluleuse extérieure et la couche moyenne de fibrine. La manière dont le sang a dû s'épancher successivement par ces crevasses des couches fibrineuses, pour les entourer en dehors, explique à la fois le mode de formation et l'accroissement presque subit de la tumeur à deux époques différentes.

N° 1. Crosse de l'aorte. — 2. Fin de la crosse de l'aorte. — 3. Artère brachio-céphalique. — 4. Artère sous-clavière droite. — 5. Artère carotide droite. — 6. Artère carotide gauche. — 7. Artère sous-clavière gauche. — 8, 8. Enveloppe celluleuse extérieure de la tumeur. — 9. Pédicule de la tumeur. — 10. Couche de sang coagulé, nouvellement épanché. — 11. Seconde couche de coagulum fibrineux. — 12. Troisième couche de fibrine. — 13. Petite cavité centrale de la couche précédente. — 14. Endroit où les deux couches internes de fibrine adhèrent à l'enveloppe extérieure de la tumeur. — 15, 15. Endroits où les deux couches précédentes

sont séparées de l'enveloppe extérieure, et par lesquels le sang s'est épanché entre elles et cette enveloppe. — 16. Parois de l'aorte incisée afin de faire voir la communication de cette artère avec le pédicule de la tumeur.

FIGURE 9.

Fausse membrane organisée, développée dans la veine crurale droite, et formant un canal pour le passage du sang. (Observée sur le cadavre d'un homme âgé de soixante et quelques années. Pavillon de l'Ecole-Pratique, 1816.)

La veine crurale, depuis la partie inférieure de la cuisse jusqu'à son passage au-dessous de l'arcade fémorale, était dure, comme calleuse, et offrait plusieurs rétrécissemens et dilatations successives dans les divers points de sa longueur. Entourée par un tissu lamineux, blanc, concret, elle adhérait fortement à l'artère fémorale, dont les parois étaient parsemées de plaques cartilagineuses et osseuses. Ayant été ouverte dans toute sa longueur, je pus constater : 1° que ses trois membranes, et surtout l'extérieure et la moyenne, étaient plus blanches et plus épaisses que dans leur état ordinaire; 2° que sa membrane interne pouvait être assez facilement isolée de la moyenne ; 3° que toute la cavité de la veine était tapissée par une fausse membrane, assez dense, blanchâtre, et dans l'épaisseur de laquelle rampaient des vaisseaux capillaires très fins, admirablement injectés par le sang dans quelques endroits. Cette fausse membrane commençait à se distinguer vers l'artère poplitée, et son épaisseur allait en augmentant jusqu'à la veine iliaque externe, vers la partie moyenne de laquelle elle se terminait. Assez adhérente à la membrane interne, surtout aux endroits où la veine était rétréeie, elle passait sur ses valvules, leur adhérait, s'opposait à leur abaissement, et permettait de les distinguer à travers son épaisseur. Elle représentait, en dedans de la veine, un véritable canal alternativement dilaté et retréci et dans lequel se trouvait du sang non-coagulé ; de sa face interne se détachaient une foule de filamens blancs ou rougeâtres, arrondis, lisses, d'apparence fibreuse, semblables aux tendons des colonnes charnues du cœur ou aux brides fibreuses que l'on observe dans plusieurs des sinus de la dure-mère. Ces filamens se croisaient dans toutes les directions; très-nombreux à la partie supérieure de la veine, ils représentaient une sorte de tissu aréolaire à travers lequel le sang avait continué de circuler; dans cette région, ils provenaient d'un cordon fibreux principal, arrondi, adhérent à la fausse membrane par l'extrémité de ces mêmes filamens. Ce gros cordon se prolongeait inférieurement, sous l'apparence d'une bride longitudinale, confondue avec la fausse membrane, jusqu'au tiers inférieur de la veine fémorale. Les branches qui aboutissaient à cette dernière étaient dilatées, variqueuses, mais n'offraient pas de productions membraneuses à leur intérieur.

N° 1. L'extrémité supérieure de la veine fémorale, au niveau de l'arcade crurale. — 2. Fausse membrane qu'on voit à la face interne de la veine sur sa coupe transversale. — 3, 3, 3, 3. Les parois de la veine, fendues longitudinalement et maintenues écartées par des airignes. — 4, 4, 4, 4. La fausse membrane adhérent à la surface interne de la veine, dont elle est en partie détachée sur les bords. — 5. La fausse membrane complètement détachée de la face interne de la veine à son extrémité inférieure. — 6, 6. Portions des valvules mises à nu par la séparation de la fausse membrane qui les recouvrait. — 7, 7. Autres portions de ces mêmes valvules visibles à travers la fausse membrane. — 8, 8, 8, 8. Vaisseaux capillaires de la fausse membrane. — 9. Cordon fibreux moyen, duquel partent beaucoup de filamens de même nature qui le fixent à la fausse membrane. — 10. Terminaison inférieure du cordon précédent. — 11. Faisceaux fibreux. — 12. Veine fémorale profonde. — 13. Veine musculaire.

PLANCHE III.

FIGURE 1.

Concrétions des veines des ligamens larges de l'utérus, observées sur le cadavre d'une femme d'environ soixante ans. (Pavillon de l'Ecole-Pratique, 1814. Pièce desséchée et déposée dans le Muséum de la Faculté.)

Ces concrétions existaient dans les veines qui rampent entre les deux feuillets du ligament large et vont se rendre à la trompe utérine. Les plus volumineuses égalaient une petite noisette en grosseur, et se distinguaient à travers les parois des veines par leur couleur d'un blanc jaunâtre. Les concrétions moins grosses étaient d'une couleur rouge foncée. Ces concrétions n'offraient aucune adhérence à la face interne des veines, seulement les parois de celles-ci étaient considérablement dilatées et amincies à leur niveau. Lorsque, par la pression, on faisait refluer le sang encore fluide dans la cavité des veines, on le voyait passer facilement entre les concrétions et les parois de ces vaisseaux. Les plus petites de ces concrétions étaient molles et formées par de petits caillots de sang; celles d'un volume un peu plus considérable renfermaient, à leur centre, un noyau de matière fibrineuse blanchâtre. Les plus grosses avaient au centre un noyau de phosphate de chaux sur lequel se trouvaient appliquées des couches concentriques de fibrine blanchâtre, d'abord très-dures, et dont la densité allait en diminuant à mesure qu'elles devenaient plus extérieures. Quelques-unes de ces concrétions étaient entourées de couches de sang nouvellement coagulé et qui n'avait pas encore perdu sa couleur rouge foncée.

J'ai trouvé de semblables concrétions, mais d'un moindre volume, dans les divisions tibiales de la saphène, dans les veines et dans les tumeurs hémorrhoïdales, dans les veines spermatiques sur les sujets affectés de hernies ou d'hydrocèles anciennes et volumineuses.

N° 1. La trompe gauche de l'utérus. — 2. Extrémité interne de la trompe coupée à son origine. — 3. Extrémité externe ou pavillon de la trompe. — 4, 4. Feuillet antérieur du ligament large. — 5. Feuillet postérieur du même ligament soulevé par une airigne. — 6, 6, 6. Principaux rameaux des veines du ligament large, coupés. — 7, 7, 7. Concrétions dans leur premier degré de développement. — 8, 8, 8. Concrétions dans leur dernier degré de développement. — (Figure réduite de deux cinquièmes.)

FIGURE 2.

A. L'une des grosses concrétions de la figure précédente, de grandeur naturelle et coupée par sa partie moyenne. On voit, au centre, le noyau osseux blanc et les couches fibrineuses qui l'entourent devenant de plus en plus foncées vers l'extérieur.

B. Petite concrétion offrant, à son centre, un caillot de fibrine blanchâtre.

FIGURE 3.

Concrétion trouvée libre dans la cavité de la veine cave inférieure au-dessus des veines rénales. (Cadavre d'une femme âgée de soixante-dix ans. Maison de retraite de Montrouge, 1812.)

Ce calcul était formé par de la fibrine prise en masse et comme granuleuse; elle renfermait au centre un petit noyau de phosphate de chaux duquel partaient des rayons osseux et comme cristallisés qui s'enfonçaient dans la substance fibrineuse. Ce calcul est coupé par sa partie moyenne. (Grandeur naturelle.)

Sœmmerring conservait dans sa collection anatomique une concrétion à peu près semblable, d'une couleur grisâtre, à fibres rayonnées, et qu'il m'a dit avoir été trouvée dans la veine cave d'un enfant.

FIGURE 4.

Varices de la veine saphène interne. (Cadavre d'un homme d'environ cinquante ans.)

N° 1. L'une des branches de la veine prise au-dessus de la malléole interne et ouverte dans une partie de sa longueur. — 2, 2, 2, 2. Rameaux allant s'ouvrir dans la branche précédente.

FIGURE 5.

Artère aorte d'un enfant rachitique âgé d'environ dix ans. (Pavillons de l'Ecole-Pratique, 1816.)

La colonne vertébrale, déformée, était déjetée à gauche et en arrière. L'aorte suivait exactement cette inflexion et se trouvait pliée sur sa longueur, de telle sorte qu'elle était accolée à elle-même dans l'étendue de deux pouces : ses deux parties adossées étaient réunies par du tissu cellulaire lamelleux. L'artère diminuait insensiblement de volume jusque dans l'abdomen, de telle sorte que l'aorte abdominale avait tout au plus le tiers du diamètre de l'aorte pectorale. Celle-ci, par la convexité de sa courbure morbide, adhérait fortement aux côtes par un tissu cellulaire très-résistant et comme fibreux.

Les membres abdominaux de ce jeune enfant étaient en quelque sorte atrophiés, ou du moins très-peu développés relativement aux membres thorachiques. Il est probable que l'obstacle mis à la circulation, dans les parties inférieures du corps, par la courbure accidentelle de l'aorte, avait contribué puissamment au dépérissement des membres inférieurs.

N° 1. Tronc de l'aorte, coupé entre l'artère innominée, et — 2. l'artère carotide gauche.—3. Artère sous-clavière gauche. — 4. Première courbure vicieuse de l'aorte. — 5. Seconde courbure vicieuse de l'aorte. — 6. Commencement de l'aorte abdominale.—7, 7. Les artères iliaques primitives.—8. L'artère cœliaque.—9. Artère mésentérique supérieure. — 10, 10. Artères rénales.—11. Artère mésentérique inférieure.

FIGURE 6.

Vaisseaux d'une fausse membrane, unissant une anse de l'intestin grêle avec le péritoine de la région iliaque gauche. (Cadavre d'un homme de cinquante-cinq ans, envoyé de l'hôpital Necker aux pavillons de l'Ecole-Pratique, 1816. Pièce desséchée et déposée dans le muséum de la Faculté.)

Ce cadavre présentait une hernie inguinale externe du côté gauche, formée par l'S iliaque du colon, qui offrait des adhérences naturelles en bas et en arrière, et se trouvait ainsi privée de sac péritonéal dans une portion de son étendue, comme on l'observe souvent pour le cœcum, dans le cas où cet intestin forme les hernies du côté droit.

Les divers replis du péritoine et les épiploons, entièrement dépourvus de graisse, étaient couverts, ainsi que les intestins, de fausses membranes d'ancienne formation. Les intestins étaient, à leur face interne, remplis d'ulcérations qui s'annonçaient, sous leur enveloppe péritonéale, par des taches d'un rouge foncé, dues à l'injection des vaisseaux de la membrane séreuse.

Des fausses membranes, les unes étaient solides, comme fibreuses; d'autres minces, membraneuses, d'une forme plus ou moins irrégulière; les unes réunissaient les anses intestinales entre elles; d'autres les attachaient aux parois abdominales. Toutes étaient formées par deux feuillets réunis par un tissu lamelleux très-serré :

quelques-unes étaient dépourvues de vaisseaux, mais on en trouvait sur le plus grand nombre. Ces vaisseaux, admirablement bien injectés par le sang, étaient allongés, peu rameux, et ne s'anastomosaient pas entre eux à leur partie moyenne, qui avait dans quelques-uns plus d'une demi-ligne de diamètre ; à chacune de leurs extrémités, ils se divisaient en une grande quantité de ramuscules capillaires, qui devenaient de plus en plus ténus et bientôt se perdaient à la vue, comme cela arrive pour les vaisseaux de la conjonctive oculaire. Au-delà, ces canaux si déliés semblaient se fondre sur la membrane séreuse, en une teinte rougeâtre, dans laquelle venaient se perdre, d'un côté, les extrémités également capillaires des vaisseaux mésentériques, et, de l'autre, celles des vaisseaux du péritoine qui tapisse les parois abdominales. Je n'ai pu trouver par conséquent d'anastomose directe entre les vaisseaux du péritoine et ceux de ces fausses membranes, qui représentaient en petit le système de la veine-porte.

N° 1. Anse de l'intestin grêle, soufflée et nouée à ses deux extrémités. — 2, 2, 2. Portion du péritoine de la fosse iliaque gauche, étendue et tirée par des airignes. — 3. Fausse membrane retréeie à sa partie moyenne et unissant par ses extrémités, qui sont élargies, l'anse intestinale avec le péritoine de la paroi abdominale. — 4. Extrémités rameuses des vaisseaux de la membrane précédente, se divisant en tubes capillaires vers le point d'adhérence de cette membrane à l'intestin. — 5, 5. Tache rougeâtre qui semble provenir des vaisseaux précédens. — 6. Divisions des vaisseaux mésentériques dont les extrémités capillaires se rendent à la tache rouge précédente. — 7. Vaisseaux de la fausse membrane se divisant de nouveau près de son point d'adhérence au péritoine de la fosse iliaque. — 8, 8. Tache rouge. — 9, 9, 9, 9, 9. Les vaisseaux du péritoine dont les divisions capillaires vont se perdre dans la tache précédente. — 10. Vaisseaux longitudinaux et volumineux que renferme la fausse membrane.

FIGURE 7.

Tumeurs formées par des dilatations variqueuses des vaisseaux lymphatiques de la tunique vaginale. (Pavillon de l'Ecole-Pratique, 1816. Pièce déposée dans le Muséum de la Faculté.)

Sur le cadavre d'un homme âgé d'environ soixante ans, le testicule gauche se trouvait à deux pouces au-dessous de l'anneau et produisait dans cette région un gonflement qui me fit croire à l'existence d'une hernie. En palpant la tumeur, on sentait qu'elle était bosselée, dure, et offrait un sentiment obscur de fluctuation. La dissection fit voir qu'il existait tout autour de la tunique vaginale, plusieurs tumeurs, arrondies, d'une forme irrégulière, disséminées sur cette membrane séreuse et variant depuis le volume d'un grain de chenevis jusqu'à celui d'une grosse noix ;

les unes étaient globuleuses, d'autres étaient allongées, flexueuses et contournées sur elles-mêmes, comme les gros troncs lymphatiques de la région lombaire. Leurs parois étaient minces, demi-transparentes et assez faciles à rompre : quelques-unes de ces tumeurs communiquaient ensemble; d'autres étaient complètement isolées et formaient des espèces de kystes : les plus petites étant comprimées, se vidaient, et le liquide, légèrement trouble et inodore, qu'elles renfermaient, passait sans rupture dans les vaisseaux lymphatiques de la tunique vaginale. On ne pouvait découvrir aussi facilement les communications des plus grosses de ces tumeurs avec les vaisseaux lymphatiques, d'autant mieux que ceux-ci, excepté à l'endroit de leur dilatation, n'étaient guère plus volumineux que dans l'état normal. La plus considérable contenait une sérosité grisâtre, trouble, très-fétide. Dans les autres, le liquide paraissait albumineux, du moins il précipitait abondamment par l'alcool et l'acide hydro-chlorique. Une de ces tumeurs, du volume d'une cerise, s'était développée dans le feuillet de la tunique vaginale qui recouvre le testicule. Celui-ci paraissait décomposé et atrophié de sorte que ses conduits séminifères n'avaient que le volume de cheveux tres-fins.

N° 1. Cordon testiculaire, coupé. — 2. Artère spermatique. (Les veines spermatiques n'ont pas été représentées ici, pour rendre le dessin plus intelligible.) — 3, 3, 3, 3. Tunique vaginale distendue et tirée par des airignes. — 4. Extrémités supérieures de la tunique précédente se terminant en pointe allongée dans le cordon. — 5, 5. Les plus volumineuses des tumeurs lymphatiques de la tunique vaginale. — 6, 6, 6. Vaisseaux lymphatiques du cordon se continuant manifestement avec les moins volumineuses des tumeurs précédentes. — 7. Le testicule. — 8. Tumeurs lymphatiques développées à la surface de la tunique albuginée du testicule.

A. A. A. Vaisseaux et tumeurs lymphatiques détachés de la pièce précédente. B, B, B. Grosses tumeurs lymphatiques détachées de la même pièce.

FIGURE 8.

Pessaire en ivoire ayant servi de noyau à une concrétion stercorale par l'une de ses extrémités, et à un calcul urinaire par l'autre. (Pièce présentée par M. le docteur Laroche, à la Société de la Faculté de Médecine.)

Ce pessaire fut trouvé sur le cadavre d'une femme âgée. Sa cuvette avait perforé le rectum et était passée dans cet intestin. L'extrémité de sa tige avait ulcéré la cloison vésico-vaginale et s'était introduite dans la vessie. La cuvette était aux trois-quarts remplie par une concrétion blanche cristallisée, adhérant fortement au pessaire et teinte en brun, dans les intervalles des gros cristaux, par les matières stercorales. La tige de l'instrument était entourée d'une autre concrétion irrégulière, lisse à sa surface, d'une couleur jaunâtre, et qui était formée d'acide urique.

N°s 1. et 2. Cuvette du pessaire. — 3, 3. Concrétion stercorale adhérant à la partie précédente de l'instrument. — 4. Tige du pessaire. — 5. Concrétion urinaire qui encroûte l'extrémité libre de la tige.

FIGURE 9.

Calcul pilifère extrait de la vessie d'une dame anglaise. (Grandeur naturelle.)

En 1821, le docteur Gibbings a eu la bonté de me faire voir un calcul qu'il avait extrait de la vessie d'une dame de la cité de Corck. Cette dame éprouvait depuis long-temps des difficultés d'uriner, accompagnées de vives douleurs, et souvent elle rendait de longs poils avec ses urines. L'existence d'un calcul dans la vessie ayant été constatée, M. Gibbings tailla la malade et amena avec les tenettes une concrétion qui paraissait adhérente et s'était formée autour d'une mèche de poils blonds, légèrement frisés, longs de cinq à six pouces. Ces poils étaient les uns très-forts, les autres fins, lanugineux ; ils traversaient le grand diamètre du calcul de telle sorte que la mèche qu'ils formaient, passait aux deux extrémités. Ces poils m'ont paru dépourvus de bulbes, bien que j'aie cherché ceux-ci avec toute l'attention possible ; je crois qu'on peut les considérer comme une production pileuse morbide des voies urinaires et probablement de la face interne de la vessie.

Le calcul est triangulaire, légèrement aplati, d'une couleur grise, moucheté de taches jaunes à sa surface. Chez la malade, les poils du pénil étaient d'une couleur brun-clair.

N° 1. Extrémité supérieure de la mèche de poils, passant par le sommet du calcul. — 2. Extrémité inférieure de la mèche sortant par le milieu de sa base. — 3. Le calcul.

FIGURE 10.

Calcul pilifère. (Collection de calculs de M. le professeur Roux.)

Parmi les calculs que M. le professeur Roux a bien voulu mettre à ma disposition, il s'en trouve un, du volume d'une noisette, qui est formé de couches denses d'oxalate de chaux. Sa forme est irrégulière ; il présente six tubercules à sa surface qui est couverte d'une espèce de feutre brun-foncé et formé par une immense quantité de petits poils lanugineux. Indépendamment de ceux-ci, le calcul est encore traversé, dans diverses directions, par des poils beaucoup plus épais, bruns, roides, longs de près d'un pouce, et semblables à ceux qu'on trouve aux environs des organes de la génération.

FIGURE 11.

Calcul pilifère. (Ce calcul m'a été envoyé par M. le docteur Pinel fils, qui l'a trouvé dans la vessie d'une femme âgée, morte à la Salpétrière.)

Ce calcul est grisâtre, arrondi et déprimé, du volume d'une noisette. Il est formé

par un sédiment grisâtre, friable, qui se détache facilement par le frottement, mais se trouve agglutiné, au moyen de beaucoup de poils blonds et châtains, les uns très-fins, les autres plus épais. Ce calcul est formé d'acide urique et de phosphate de chaux (1).

PLANCHE IV.

FIGURE 1.

Eventration produite par l'élargissement de la ligne blanche et l'écartement des muscles droits de l'abdomen. Pièce vue de profil par le côté gauche. (Observée sur le cadavre d'une femme, âgée environ de soixante-dix ans, venant de la Salpétrière; pavillon de l'Ecole-Pratique, 1816.)

L'abdomen était occupé, à sa partie moyenne, par une tumeur oblongue, étendue de l'appendice xiphoïde aux pubis. La peau qui recouvrait cette tumeur était très-

---

(1) Il se forme quelquefois accidentellement dans les voies urinaires des poils qui sont rendus avec les urines; cette affection, à laquelle on a donné le nom de *pili-miction*, de *pissement de poils*, *trichiasis*, *mictus pilaris*, est fort anciennement connue. Hippocrate a plusieurs fois observé des excrétions urinaires capilliformes; il a vu sortir avec les urines des filamens semblables à des cheveux. Galien dit avoir connu des personnes qui rendaient des cheveux avec les urines, tantôt un à un, tantôt plusieurs à la fois, brouillés et mêlés ensemble, et d'une longueur variable. Des observations semblables ont été rapportées par Schenck, Tulpius, Fabrice de Hilden, Wierus, Klett, Leuwenoeck, Young, Powell, Mœbius, Horstius, Gœlike, et plusieurs autres médecins. Cependant on révoque en doute l'existence de la pili-miction, et la plupart des médecins pensent qu'on a pris pour des poils des concrétions sanguines ou des filamens de matière albumineuse qui peuvent en avoir l'apparence. Voici des faits qui mettent hors de doute la production accidentelle des poils dans les voies urinaires.

M. Magendie donnait ses soins, en 1820, à un homme âgé de soixante ans, qui rendait des urines fort troubles; le dépôt blanc, crétacé, très-abondant qui se formait au fond du vase était rempli d'une immense quantité de poils de quatre à cinq lignes de longueur, et de couleur claire. Ils réunissaient le dépôt urinaire, et lui donnaient de la solidité.

J'ai observé des calculs pilifères dans la collection de l'École de Médecine, et dans celle de M. Vauquelin, indépendamment des trois concrétions que j'ai représentées et que je dois à l'obligeance de M. le professeur Roux, de M. Pinel fils, et de M. le docteur Gibbings.

Les poils qu'on trouve dans les calculs manquent tous de bulbe; on doit les considérer comme des productions pileuses accidentelles des voies urinaires, semblables à celles qu'on rencontre dans certains kystes, dans ceux des ovaires én particulier. De ces poils, les uns sont noirs, les autres châtains; le plus souvent on les trouve blonds; leur longueur varie depuis quelques lignes jusqu'à trois pouces et au-delà; les uns sont roides, fort durs, semblables à ceux du pénil; les autres sont doux, frisés, lanugineux, extrêmement fins. Ils attirent sur eux la cristallisation des sels urinaires, et forment, par leur entrelacement, une sorte de feutre.

mince, et permettait de distinguer les circonvolutions des intestins sur lesquels elle était appliquée et en quelque sorte moulée. De chaque côté, et à la partie inférieure de la tumeur, elle formait des plis et des rides nombreuses qui l'entouraient dans une grande partie de sa circonférence. La cicatrice de l'ombilic était encore visible sur cette peau amincie et se trouvait un peu déjetée à gauche.

N° 1. Paroi antérieure de l'abdomen. — 2, 2. Circonvolutions intestinales se dessinant à travers les parois de la tumeur. — 3. Cicatrice de l'ombilic. — 4, 4. Plis de la peau qui circonscrivent la tumeur. — 5. Cuisse droite. — 6. Cuisse gauche.

FIGURE 2.

La pièce précédente, vue de face. La peau est enlevée afin de faire voir les parties sous-jacentes.

La peau qui couvrait la tumeur était extrêmement amincie et unie par un tissu cellulaire lamelleux très-lâche, à une seconde enveloppe de nature aponévrotique. Celle-ci, dépendant de l'amincissement de la ligne blanche, était fibreuse, très-fine, demi-transparente; elle adhérait très-intimement au péritoine au-dessus de l'ombilic, tandis qu'au-dessous on pouvait l'en isoler facilement. Le péritoine qui tapissait en dedans la lame aponévrotique précédente était très-mince et formé de fibres blanchâtres, très-fines, écartées les unes des autres, comme éraillées, et d'apparence aréolaire. Les artères ombilicales et l'ouraque étaient décomposées en fibres qui se confondaient avec celles du péritoine. En dehors, la tumeur était circonscrite par les muscles droits abdominaux, écartés l'un de l'autre par un intervalle de huit pouces. Le bord externe de ces muscles était convexe et assez épais, leur bord interne était très-mince, et les fibres qui le formaient étaient éparses et décolorées. Les muscles pyramidaux, dans leur état naturel, se perdaient en haut, par quelques filamens, dans la membrane fibreuse.

L'artère épigastrique, fortement déjetée en dehors avec le muscle droit, était plus petite et ses parois plus épaisses que dans l'état normal. La tumeur était formée par l'intestin grêle, le colon transverse et l'estomac qui descendait dans sa partie supérieure derrière le paquet intestinal.

N° 1, 1, 1, 1. Lambeaux de peau renversés et écartés. — 2. L'appendice xiphoïde. — 3. Le muscle pyramidal. — 4. Cicatrice de l'ombilic. — 5, 5. Circonvolutions intestinales visibles à travers les deux enveloppes internes de la tumeur. — 6, 6. Bords internes des muscles droits, amincis et décomposés. — 7, 7. Les muscles grands obliques de l'abdomen.

FIGURE 3.

Hernies inguinales interne et externe du côté droit (trouvées sur le cadavre d'un homme, âgé d'environ quarante ans, d'une forte constitution. Pavillon de l'Ecole-

Pratique, 1814. Préparation déposée dans le Muséum de la Faculté.) La pièce est vue par sa face antérieure. La peau a été enlevée. Le sac de la hernie interne passait à travers un éraillement du fascia transversalis et contenait l'épiploon; le sac de la hernie externe était vide et descendait dans la gaîne propre du cordon testiculaire. L'artère épigastrique était située entre les deux sacs.

N° 1, 1. L'aponévrose du muscle grand oblique de l'abdomen. — 2. Partie inférieure de la ligne blanche. — 3, 3. Portion du péritoine. — 4. Portion du muscle droit de l'abdomen. — 5. L'artère épigastrique. — 6. L'anneau inguinal. — 7, 7. Gaîne commune aux deux sacs, incisée longitudinalement et renversée. — 8. Le sac de la hernie inguinale interne. — 9. Le sac de la hernie inguinale externe. — 10. Les vaisseaux testiculaires passant à la partie postérieure du sac de la hernie externe. — 11. Le cordon testiculaire, coupé et lié. — 12. Insertion de l'aponévrose du grand oblique au pubis.

FIGURE 4.

Elle représente la pièce précédente, vue du côté de l'abdomen.

Le péritoine a été coupé au niveau du collet du sac de chaque hernie, afin de laisser voir les rapports de ces sacs entre eux et avec les parties voisines.

N° 1. Face postérieure du muscle droit de l'abdomen. — 2. Face postérieure du pubis droit. — 3. Partie du trou sous-pubien correspondant. — 4. Coupe de la branche descendante du pubis. — 5. Ligament de Gimbernat. — 7. Arcade crurale. — 8. Artère iliaque externe. — 9, 9. Artère épigastrique. — 10. Canal déférent. — 11. Artères et veines spermatiques. — 12, 12. Fascia transversalis. — 13. Portion de l'aponévrose du muscle grand oblique. — 14. Ouverture supérieure du canal inguinal. — 15. Le sac de la hernie externe descendant obliquement dans le canal inguinal. — 16. Le sac de la hernie interne traversant directement le fascia transversalis.

FIGURE 5.

Hernie crurale droite contenant l'utérus, les trompes de Fallope, les ovaires, une partie du vagin et une portion considérable d'épiploon. (Pièce présentée à la Société de l'Ecole de Médecine, le 22 décembre 1815, par M. le professeur Lallement qui en a publié l'observation dans les bulletins de la Faculté, janvier 1816 : la hernie existait depuis quarante ans.) Devant modeler en cire cette préparation, j'en avais pris un dessin que je reproduis ici.

La peau qui formait l'enveloppe extérieure de la tumeur était saine. Au-dessous existait une quantité considérable de graisse d'une consistance ferme et serrée.

Le sac herniaire fut à peine reconnu; les parties environnantes n'existaient plus dans leur état naturel. Plus profondément on découvrit un tissu lardacé et en masse

considérable, auquel venaient s'unir deux prolongemens d'épiploon. On fendit cette partie et l'on ne vit point d'intestin, mais les objets suivans qui adhéraient aux graisses environnantes : la matrice, les ovaires, les trompes de Fallope, une partie du vagin, deux cordons d'épiploon, enfin deux kystes ou peut-être deux hydatides.

Pour bien distinguer ces objets, on mit d'abord à découvert l'anneau inguinal libre, on coupa le ligament de Fallope, et on reconnut une hernie crurale.

L'artère épigastrique était extérieure à toutes ces parties; celles-ci étaient antérieures aux tendons réunis de l'iliaque et du psoas, et appuyaient, à leur passage, sur la région la plus interne de la branche horizontale du pubis; les vaisseaux cruraux étaient par conséquent externes et postérieurs aux organes déplacés.

Ces parties étaient ainsi disposées : en allant de gauche à droite, on voyait 1° un cordon d'épiploon partant du colon transverse et venant inférieurement se perdre dans une masse graisseuse placée à la partie inférieure de la tumeur.

2° Un peu plus à droite, un second cordon d'épiploon se terminant inférieurement comme le précédent, et partant d'un point du colon transverse, plus rapproché de la partie ascendente du même intestin. Ces deux cordons, dont le dernier avait une apparence charnue, semblaient tirer en bas l'arc du colon.

3° A côté et en allant toujours vers la droite, on rencontrait en haut la trompe de Fallope; en bas, l'ovaire droit et le ligament large qui était rétréci.

4° On découvrait ensuite l'utérus dont le col était sensible supérieurement à travers les parois du vagin. Son fond, tourné en bas, répondait à la masse graisseuse dont j'ai déjà parlé. L'introduction du doigt par la vulve faisait reconnaître la direction vicieuse du vagin de gauche à droite. Une sonde, enfoncée par cette ouverture, parvenait au-delà de l'arcade crurale; de sorte que le vagin, très-allongé, faisait hernie par sa partie supérieure.

5° On voyait aussi la trompe du côté droit, une portion du ligament large, l'ovaire droit désorganisé et offrant une espèce de kyste; au-dessous un second kyste indépendant du premier ou peut-être une hydatide, à laquelle était dû certainement l'écoulement d'une certaine quantité de sérosité que la malade avait rendue. Enfin, tout-à-fait à droite, se trouvait du tissu cellulaire très-abondant. La vessie et le rectum conservaient leur position naturelle; leurs fonctions n'avaient point été altérées.

N° 1. Portion gauche des parois abdominales, vue par sa face externe. — 2. Portion droite des mêmes parois, vue par sa face interne. — 3. Région pubienne. Mont de Vénus. — 4. La cuisse gauche. — 5. La cuisse droite. — 6. La vulve. — 7, 7. L'enveloppe de la tumeur ouverte et renversée. — 8. La matrice renversée et offrant en avant sa face postérieure. — 9. La trompe utérine, et — 10. l'ovaire gauches. — 11. La

trompe utérine droite, et — 12. l'ovaire droit changé en un kyste. — 13. Autre kyste adhérent à l'ovaire droit et à la matrice. — 14. Masse graisseuse adhérent fortement à la matrice, au sac, et se continuant avec — 15, 16. deux prolongemens de l'épiploon qui sont ici coupés et renversés.

FIGURE 6.

Ulcérations et rétrécissement de l'S iliaque du colon. Polysarsie des appendices graisseux de cet intestin : un de ces appendices formant une hernie crurale à gauche. (Cadavre d'une femme, âgée d'environ soixante ans. Pavillon de l'Ecole-Pratique, 1816.)

Les replis du péritoine étaient chargés d'une assez grande quantité de graisse. Les appendices du gros intestin en étaient distendus, mais dans aucun endroit ces appendices n'étaient aussi développés que sur l'S iliaque du colon. Ils formaient autour de cet intestin une masse énorme du volume du bras, et faisaient même saillie à travers la paroi abdominale, qu'ils soulevaient. Ils étaient, pour la plupart, soutenus par un pédicule allongé et adhérent au péritoine qui les fournissait. L'un d'eux, beaucoup plus développé et supporté par un long pédicule, arrondi, d'apparence fibreuse, remplissait le sac d'une hernie crurale gauche; le cœcum et le colon transverse étaient fort dilatés et remplis de matières fécales. Le colon lombaire gauche et surtout l'S iliaque étaient considérablement rétrécis : dans quelques endroits ils avaient au plus le volume du petit doigt, et leur cavité laissait à peine passer une sonde de femme ; au-dessus de l'endroit où l'intestin commençait à diminuer de diamètre, sa membrane muqueuse était grise, visqueuse, et séparée de la portion rétrécie par des érosions anguleuses, frangées, bornées elles-mêmes par un bord noirâtre. La portion rétrécie était formée par un tissu blanchâtre, homogène, facile à déchirer, et dans lequel on ne pouvait reconnaître aucune trace de l'organisation primitive de l'intestin. Elle offrait à sa surface quelques lignes longitudinales, des franges d'un beau rouge, et quelques ulcérations irrégulières, assez profondes, d'une couleur grise ; le rectum était également fort rétréci et squirrheux à son extrémité inférieure. L'anus était garni de quatre excroissances fort larges, d'apparence syphilitique ; le vagin était ulcéré et rempli de semblables excroissances.

N° 1. Extrémité inférieure du colon lombaire gauche. — 2. S. iliaque du colon. — 3, 3, 3. Appendices graisseux qui entourent l'intestin. — 4. Appendice plus volumineux que les autres, et qui formait la hernie. — 5. Pédicule qui soutenait l'appendice précédent. — 6. Cavité de l'intestin mise à découvert par une coupe longitudinale, et revêtue de sa membrane muqueuse. — 7. Bord ulcéré, noirâtre, des membranes de l'intestin. — 8. Surface interne de la portion rétrécie de l'intestin, offrant la dégénérescence indiquée. — 9. Ulcères disséminés sur cette surface. — 10. Portion la plus rétrécie de l'intestin. — 11. Endroit où la membrane muqueuse reprend son apparence normale.

FIGURE 7.

Rétrécissement fibreux de l'S iliaque du colon. (Observé sur le cadavre d'une femme âgée. Pavillons d'anatomie, 1816.)

Le cœcum et les colons étaient énormément dilatés par du gaz et des matières muqueuses. L'S iliaque du colon offrait deux rétrécissemens longs chacun d'environ huit à dix lignes ; sa cavité à leur niveau admettait seulement une sonde de médiocre calibre, et ses parois étaient formées par un tissu blanc, fibreux, très-peu extensible. On n'y remarquait aucune apparence des fibres musculaires, si ce n'est à l'extérieur, quelques fibres des faisceaux longitudinaux. La membrane muqueuse, à leur intérieur, était fort mince, lisse, ne présentait aucune trace ni cicatrice d'anciennes ulcérations.

N° 1. Extrémité supérieure et — 2. extrémité inférieure de l'S iliaque du colon. — 2, 2. L'une des bandes musculaires de cet intestin. — 3. Le rétrécissement supérieur — 4. Le rétrécissement inférieur.

PLANCHE V.

FIGURE 1.

Hernie du trou sous-pubien gauche, entéro-épiplocèle étranglée. (Observée sur le cadavre d'une femme très-maigre, âgée d'environ cinquante ans. Pavillons de l'Ecole-Pratique, 1816.)

Sur ce cadavre la face était grippée et la bouche remplie de matières stercorales bilieuses et liquides. A l'extérieur on observait une légère élévation formée par une tumeur arrondie, rénitente et située profondément dans la région inguinale inférieure du côté gauche ; la peau qui la recouvrait était d'une couleur rouge violacée. A l'ouverture du cadavre je trouvai toute la partie supérieure de l'intestin grêle enflammée, et énormément distendue par des matières fécales liquides et par des gaz. Cette portion ainsi dilatée, se terminait au trou sous-pubien gauche dans lequel se trouvait engagée et étranglée une anse de l'intestin. L'extrémité inférieure de celui-ci, vide et exempte d'inflammation, sortait par la partie inférieure et interne de l'anneau sous-pubien et était contractée au point qu'elle avait au plus le volume du petit doigt. La portion supérieure de l'intestin étranglé offrait immédiatement au-dessus de l'endroit où elle s'engageait dans le trou sous-pubien, deux petites crevasses par lesquelles les matières fécales s'échappaient pour passer librement dans la cavité du péritoine. Il est probable que l'épanchement de ces dernières n'avait eu lieu que peu de temps avant la mort, car le péritoine n'était enflammé que sur la portion d'intestin supérieure à l'étranglement.

Une frange d'épiploon s'engageait avec l'anse intestinale dans la partie supérieure de l'anneau sous-pubien. La dissection de la tumeur ayant été faite de dehors au-dedans, je trouvai qu'elle était successivement recouverte par la peau et le *fascia superficialis*. Il y avait deux veines saphènes qui étaient un peu déjetées en dehors par la tumeur, ainsi que les vaisseaux cruraux. Au-dessous du fascia superficialis, la tumeur était recouverte par l'aponévrose fémorale et les muscles moyen adducteur et pectiné qu'elle soulevait. Ce dernier était aplati, aminci, et infiltré de sérosité. Les fibres charnues du petit adducteur étaient écartées au-devant de la tumeur, de sorte que celle-ci, passant à travers leur écartement, était en contact immédiat avec les muscles moyen adducteur et pectiné. La tumeur oblongue, et obliquement dirigée en haut et en dedans, était séparée par un retrécissement moyen en deux parties, l'une supérieure plus grosse, et l'autre inférieure plus petite. La partie supérieure remontait vers l'épine du pubis, au-devant du muscle obturateur externe et derrière quelques fibres du petit adducteur. Cette partie du sac se trouvait plus élevée que l'ouverture du trou sous-pubien qui donnait passage à la hernie. Les vaisseaux obturateurs, qui naissaient des artère et veine hypogastriques, étaient placés avec le nerf obturateur, en dehors et en arrière du collet du sac. L'artère obturatrice, au-dessous de ce collet, se divisait en deux branches : une inférieure qui passait derrière le sac pour aller se distribuer au muscle obturateur externe et au petit adducteur; l'autre, passant également derrière le sac, se contournait à sa partie interne au niveau de son rétrécissement, et revenait ensuite au-devant de lui pour se porter au muscle pectiné. Le sac herniaire était mince, fortement enflammé, d'une couleur rouge foncée, et entouré de tissu cellulaire infiltré de sérosité sanguinolente. Ce sac reposait, en arrière, sur le muscle obturateur externe qu'il séparait du ligament de ce nom. Le sac était rempli, à sa partie supérieure et antérieure, par une portion de l'épiploon enflammé. L'anse étranglée de l'intestin avait deux pouces de longueur et se trouvait en arrière et au-dessous de l'épiploon ; elle était noire, tendue, et ses parois étaient épaisses et infiltrées de sang.

La figure 1 représente la situation de la tumeur dans la région inguinale inférieure.

Nos 1, 1. Partie gauche de la paroi antérieure de l'abdomen. — 2. Pubis gauche. — 3. Le pli de l'aîne. — 4. Face interne et — 5. face externe de la cuisse. — 6. Ligne ponctuée indiquant la place de la tumeur dans la région inguinale inférieure.

Figure 2.

Elle représente la pièce précédente ; la peau, le fascia superficialis, et la partie interne et antérieure de l'aponévrose fémorale étant enlevés.

N° 1. Partie de l'aponévrose du grand oblique appartenant à la paroi antérieure

de l'abdomen. — 2. Arcade crurale. — 3. Anneau inguinal. — 4. Partie du ligament rond de la matrice. — 5. Partie externe et antérieure de l'aponévrose fémorale. — 6. La grande veine saphène passant par l'ouverture que lui offre l'aponévrose fémorale pour s'ouvrir dans la veine crurale. — 7, 7. Les deux divisions de la veine précédente. — 8. Portion du muscle grêle interne. — 9 Portion du muscle moyen adducteur. — 10. Le muscle pectiné soulevé par la tumeur ainsi que le moyen adducteur.

FIGURE 3.

Elle représente les pièces précédentes ; la veine saphène et l'aponévrose fémorale ont été enlevées. Le muscle pectiné est renversé en dehors avec les vaisseaux fémoraux, et le muscle moyen adducteur en dedans, afin de mettre à découvert la tumeur, et de faire voir son passage à travers l'écartement des fibres du muscle petit adducteur.

N° 1. Portion de l'aponévrose du grand oblique. — 2. Arcade crurale. — 3. Anneau inguinal. — 4. Portion du ligament rond de l'utérus. — 5. Partie interne, et — 6. partie externe de la cuisse. — 7. Muscle pectiné, soulevé et renversé en dehors. — 8. Muscle moyen adducteur, soulevé et renversé en dedans. — 9, 9. Le muscle petit adducteur, dont les fibres sont écartées par la tumeur. — 10. Endroit où les fibres du muscle petit adducteur cessent de s'écarter. — 11. Partie supérieure, et — 12. partie inférieure de la tumeur. — 13. Branche de l'artère obturatrice croisant la tumeur pour se perdre à — 14. la face interne du muscle pectiné. — 15. Artère et veine fémorales renversées en dehors.

FIGURE 4.

Elle représente les deux bouts de l'anse intestinale s'engageant dans le trou sous-pubien. Le péritoine est maintenu appliqué à la face interne de la paroi abdominale. On a enlevé la partie d'épiploon qui formait hernie, afin de laisser voir distinctement les deux bouts de l'intestin étranglé.

N°s 1, 1, 1, 1. Portion du péritoine. — 2. Partie du muscle droit de l'abdomen du côté gauche. — 3. Le pubis gauche. — 4. Le péritoine, soulevé par le ligament de l'artère ombilicale gauche. — 5. Le ligament rond soulevant le péritoine pour passer par le canal inguinal. — 6. Ligne ponctuée indiquant le trajet de l'artère épigastrique au-dessous du péritoine. — 7. Collet du sac herniaire exactement moulé sur l'ouverture du trou sous-pubien. C'est par cette partie supérieure que l'épiploon faisait hernie. — 8. Extrémité supérieure, et — 9. extrémité inférieure de l'anse intestinale étranglée. — 10. Les deux petites ouvertures par lesquelles les matières fécales s'étaient épanchées dans le ventre. — 11. Portion du mésentère qui soutient l'anse intestinale.

FIGURE 5.

Elle représente le sac herniaire ci-dessus décrit, dégagé des parties molles qui l'entouraient.

N° 1. Extrémité supérieure, — 2. extrémité inférieure, et — 3. rétrécissement moyen de la tumeur. — 4. Branche de l'artère obturatrice qui passait successivement en arrière, en dedans et en avant de la tumeur. — 5. Petite portion du ligament obturateur.

FIGURE 6.

Elle représente la tumeur précédente ouverte.

N° 1. Face interne du sac herniaire. — 2. Partie inférieure du sac précédent qui n'a point été ouverte. — 3. Portion de l'épiploon qui était contenue dans la tumeur, soulevée afin de laisser voir — 4. l'anse intestinale placée derrière elle.

FIGURE 7.

Hernie inguinale externe du côté gauche, formée par le cœcum, l'S iliaque du colon, l'intestin grêle et l'épiploon. (Trouvée sur le cadavre d'un homme âgé d'environ soixante ans. Pavillon de l'Ecole-Pratique, 1816.) La tumeur était ovoïde, volumineuse; elle avait huit pouces de longueur. Les parties qu'elle contenait, à l'exception de l'épiploon, étaient toutes susceptibles de réduction.

Dissection. Au-dessous de la peau, qui était fine, et n'avait pas changé de couleur, on trouvait l'enveloppe du *fascia superficialis*. Elle était blanche, épaisse, et contenait les veines génitales superficielles, variqueuses. Elle était facile à isoler des tégumens, et surtout de la troisième tunique, qu'elle entourait de toutes parts. Celle-ci, musculo-celluleuse, était formée par les fibres très-minces et éparses des deux faisceaux du crémaster, et par la membrane celluleuse du pourtour de l'anneau inguinal. En bas elle avait peu d'épaisseur; mais en haut elle en prenait une considérable, parce qu'en cet endroit l'anneau inguinal lui-même la formait en grande partie. Cette ouverture aponévrotique, en effet, était entraînée et décomposée. Ses faisceaux fibreux descendaient au-devant de la tumeur, en formant de larges bandes renversées, séparées par des espaces semi-lunaires assez réguliers, à concavité supérieure. Ces espaces étaient remplis par une lame celluleuse très-fine, à travers laquelle on voyait les arcades renversées du crémaster placées au-dessous. Cette enveloppe adhérait assez intimement au sac herniaire, à la tunique vaginale, et surtout au cordon testiculaire. Le sac péritonéal formait une grande poche dont l'ouverture était large, et avait un pouce et demi dans son grand diamètre, qui était transversal. Cette ouverture était dépourvue de collet fibreux; elle adhérait très-intimement en dedans à l'orifice supérieur du canal inguinal, qui avait

perdu son obliquité, et se trouvait soutenu dans ce sens par le *fascia transversalis*, dont l'épaisseur était considérable, et de plus par l'artère épigastrique et le ligament ombilical. Les parois du sac présentaient de distance en distance de gros faisceaux fibro-celluleux, dont les uns, plus marqués, ayant une direction horizontale, paraissaient appartenir à d'anciens collets décomposés, tandis que les autres, irréguliers et aréolaires, n'étaient que des éraillemens de la membrane séreuse. On trouvait au fond du sac une petite cavité arrondie, munie à son ouverture d'un collet fibreux, et remplie par l'épiploon, auquel elle adhérait très-intimement. Le cordon testiculaire, situé d'abord en dedans du sac, se contournait ensuite sur sa partie antérieure, qu'il recouvrait en bas. Le testicule et la tunique vaginale étaient collés au-dessous de la tumeur, dont on pouvait cependant facilement les isoler. Le sac était rempli : 1° par un paquet considérable de l'intestin grêle qui était placé en arrière, et dont le mésentère, très-allongé, présentait de nombreux éraillemens blanchâtres. 2° Par l'épiploon qui descendait au milieu des circonvolutions intestinales, pour aller se fixer dans la petite cavité dont j'ai parlé ; 3° en avant et à gauche par une anse libre de l'S iliaque du colon ; 4° en avant et à droite, par le cœcum et son appendice. Ce dernier intestin traversait obliquement l'excavation pelvienne pour se rendre dans le sac. Le méso-cœcum avait six pouces et demi de longueur, présentait des éraillemens nombreux, et se fixait au-devant de l'angle sacro-vertébral. La fosse iliaque droite était vide et tapissée par le péritoine, lequel était tendu et paraissait avoir fourni à l'allongement du méso-cœcum. On trouvait, dans la fosse iliaque droite, le pylore et la première portion du duodénum. Ce cadavre présentait aussi une hernie crurale du côté droit. Sur la figure on a supprimé l'intestin grêle, afin de mieux faire voir la disposition du gros intestin et de l'épiploon.

N°s 1, 1, 1. Les parois abdominales, ouvertes et renversées. — 2. Face antérieure de l'estomac. — 3. L'épiploon se ramassant en un seul faisceau pour s'introduire dans le sac herniaire. — 4. Le colon lombaire droit et une portion du colon transverse. — 5. Le colon lombaire gauche. — 6. Fosse iliaque vide. — 7. Enveloppes extérieures de la tumeur. — 8. Petite cavité qui se trouve au fond du sac herniaire, et à laquelle vient s'insérer — 9. l'extrémité du prolongement de l'épiploon. — 10. Ouverture arrondie qui fait communiquer la cavité précédente avec le fond du sac herniaire. — 11. Cavité du sac herniaire dont les parois sont incisées et renversées en dehors. — 12. Le cœcum et son appendice. — 13. L'S iliaque du colon. — 14. Prolongement de l'épiploon qui passe dans le sac derrière les parties précédentes.

PLANCHE VI.

FIGURE 1.

Rupture transversale de la moitié de la circonférence de l'iléon. (Pièce présentée à la Société de la Faculté de Médecine, le 20 mars 1820.) Figure vue de profil.

Un homme, âgé de vingt-cinq ans, d'une vigoureuse constitution, exerçant la profession de vidangeur, reçut dans le ventre un coup de pied de cheval et fut conduit à l'hôpital Saint-Louis, où il succomba trois jours après son accident, avec tous les symptômes d'une violente péritonite Ouverture. Il n'existait aucune trace de violence extérieure sur la peau ni dans l'épaisseur des parois abdominales; pas la plus légère ecchimose ne se faisait remarquer. Le ventre était rempli de matières stercorales liquides et bilieuses : le péritoine était fortement enflammé dans toute son étendue : l'intestin iléon offrait, vers le milieu de sa longueur, une division transversale, qui comprenait la moitié de son diamètre, et était tellement nette qu'elle paraissait avoir été faite par un instrument tranchant. Les bords de la division étaient renversés en dehors, et la membrane muqueuse représentait à leur niveau deux gros bourrelets saillans dans la cavité du péritoine, et séparés l'un de l'autre par une ouverture transversale par laquelle passaient les matières contenues dans l'intestin. Celui-ci, au niveau de sa plaie, était contracté et rétréci. Je pense que cette rupture de l'iléon a été opérée par la pression violente qu'a dû éprouver une anse de cet intestin remplie de gaz ou de matières fécales, entre la colonne vertébrale et le corps vulnérant. Ce renversement de l'intestin offre beaucoup de ressemblance avec celui que l'on observe quand on divise transversalement, dans la moitié de son diamètre, l'enveloppe de vers lombrics vivans, enveloppe qui renferme, comme les intestins, dans son épaisseur des fibres charnues, les unes circulaires, les autres longitudinales.

N° 1. Extrémité supérieure, et — 2. extrémité inférieure de l'iléon. — 3. Bourrelet formé par la membrane muqueuse de l'intestin renversée avec la lèvre supérieure de la plaie. — 4. Bourrelet formé par la membrane muqueuse renversée avec la lèvre inférieure de la plaie et s'écartant du précédent. — 5. Ouverture de l'intestin située entre les bourrelets muqueux. — 6. Partie contractée de l'intestin au niveau de la plaie.

FIGURE 2.

La pièce précédente vue de face.

N° 1. Bout supérieur, et — 2. bout inférieur de l'intestin. — 3. Bourrelet supérieur, et — 4. Bourrelet inférieur des lèvres de la plaie. — 5. Ouverture par laquelle les matières fécales étaient sorties de l'intestin.

FIGURE 3.

Ligature transversale, appliquée sur l'intestin grêle d'un chien de forte taille, et devant opérer la section complète des parois de ce canal. (Expérience faite afin d'observer les procédés que la nature emploie dans ce cas pour rétablir la continuité de l'intestin) (1).

N° 1. Portion du mésentère. — 2. Extrémité supérieure, et — 3. extrémité inférieure de l'intestin. — 4. Ligature passée à travers le mésentère et étreignant fortement l'intestin. — 5, 5. Endroit où la membrane séreuse des deux bouts de l'intestin se trouve en rapport avec elle-même par le fait de la ligature.

FIGURE 4.

Le même intestin, examiné cinq jours après la ligature. On voit que les deux bouts de l'intestin sont couverts et agglutinés par un épanchement considérable de lymphe plastique et coagulable qui les réunit également aux circonvolutions intestinales voisines.

N° 1. Bout supérieur de l'intestin enflammé et dilaté. — 2. Bout inférieur de l'intestin enflammé et n'ayant pas changé sensiblement de volume. — 3. Masse de lymphe plastique adhérente aux deux bouts de l'intestin qu'elle réunit.—4, 4. Circonvolutions intestinales adhérentes aux deux bouts de l'intestin lié et légèrement enflammées dans ce point de contact.

FIGURE 5.

L'intestin précédent, ouvert longitudinalement à l'endroit où avait été appliquée la ligature. Les circonvolutions voisines qui lui adhéraient ont été détachées. On peut apercevoir ainsi les tuniques de l'intestin entièrement coupées et la ligature tombée dans la cavité de ce canal.

N° 1. Extrémité supérieure, et — 2. extrémité inférieure de l'intestin fendu longitudinalement.—3, 3, 3, 3. Les lèvres de l'incision écartées.—4, 4. Les parois intestinales complètement coupées par la ligature. — 5. Espace qui existe entre les lèvres de la plaie circulaire après la chute de la ligature et qui rétablit la continuité de l'intestin. — 6, 6. Masse de lymphe coagulable qui réunit et maintient en contact les lèvres de la plaie, en adhérant à la membrane séreuse des deux bouts de l'intestin. — 7. La ligature détachée et tombée dans la cavité de l'intestin.

---

(1) Voyez l'ouvrage de Travers sur les plaies des intestins. Ce célèbre chirurgien décrit fort bien, d'après ses propres expériences, les phénomènes qui suivent cette ligature.

FIGURE 6.

Portion de l'intestin grêle d'un chien de moyenne taille, sur laquelle on avait appliqué une ligature circulaire. (Examinée un mois après l'expérience : l'animal étant entièrement rétabli après avoir éprouvé des accidens graves d'étranglemens.)

Les deux bouts de l'intestin sont parfaitement réunis et forment, dans la cavité intestinale, une saillie circulaire qui en rétrécit légèrement le calibre sans s'opposer au libre passage des matières fécales. L'intestin est fendu dans toute son étendue.

N° 1. Bout supérieur, et — 2. bout inférieur de l'intestin. — 3, 3. Réunion des lèvres de la plaie faite par la ligature. — 4. Saillie circulaire formée dans la cavité intestinale, par les lèvres cicatrisées de la plaie. — 5, 5. Lymphe plastique compacte qui adhère fortement aux deux bouts de l'intestin.

FIGURE 7.

Hernie crurale gauche étranglée, suivie de la gangrène de l'intestin grêle. Rétraction de l'intestin et formation d'un infundibulum par l'allongement de ses parois. (Observée sur un homme âgé d'environ soixante-et-dix ans. Pavillons de l'École-Pratique, 1816.)

La région inguinale inférieure était soulevée par une tumeur irrégulièrement arrondie, molle, affaissée sur elle-même. La peau qui la recouvrait était noirâtre; elle offrait une ouverture irrégulière, frangée sur ses bords, due à la séparation incomplète d'escharres gangréneuses, et par laquelle sortaient du pus et des matières fécales liquides et bilieuses : cette ouverture conduisait dans un vaste foyer purulent, revêtu d'une fausse membrane, rempli de détritus gangrénés, et entouré par des ganglions inguinaux durs et engorgés. Au fond de ce foyer se trouvait un sac herniaire percé en plusieurs endroits par des escarrhes gangréneuses : le collet de ce sac était assez étroit, froncé, intimement uni à l'anneau fibreux de l'arcade crurale d'une part, et adhérent de l'autre à l'anse intestinale par des brides membraneuses solides. L'iléon, qui formait hernie, avait été pincé dans à peu près la moitié de sa circonférence, et cependant sa cavité n'était pas sensiblement rétrécie au niveau de l'étranglement : l'anse intestinale s'était, en effet, retirée du côté de l'abdomen; ses parois s'étaient allongées et formaient une sorte d'infundibulum dont le sommet adhérait à l'ouverture du sac et se continuait en bas avec la portion sphacélée de l'intestin qui était encore dans le sac au-dessous du point d'adhérence. La base de cet infundibulum, qui avait correspondu à l'étranglement, se continuait avec l'anse intestinale; elle présentait une couleur noirâtre qui se remarquait aussi sur tout l'infundibulum et n'était point due à la gangrène. Cette portion des parois intestinales était seulement plus mince; sa membrane muqueuse n'offrait pas de valvules conniventes et était un peu plus rouge que dans l'état naturel.

La hernie s'était faite par une ouverture arrondie, fibreuse, placée en dehors du ligament de Gimbernat : les intestins voisins de la partie étranglée étaient légèrement enflammés. Le cordon testiculaire, l'artère épigastrique, étaient placés dans les rapports qu'ils ont ordinairement avec la hernie crurale chez l'homme.

N° 1. Foyer purulent dans lequel se trouvait — 2. le sac herniaire. — 3, 3. Escarrhe gangréneuse et perforation du sac par laquelle s'écoulaient les matières que celui-ci recevait de — 4. la partie gangrénée et perforée de l'intestin. — 5, 5, 5. Portion de la paroi antérieure de l'abdomen, renversée et vue par sa face péritonéale. — 6. Collet du sac froncé et adhérant à l'intestin étranglé. — 7. L'artère épigastrique renversée avec la paroi de l'abdomen, et se trouvant au-dehors du collet du sac. — 8. Bout supérieur, et — 9. bout inférieur de l'intestin. — 10. Partie du mésentère qui soutient l'anse intestinale étranglée. — 11, 11. Base de l'infundibulum indiquant l'endroit où l'intestin avait été étranglé avant sa retraction du côté de l'abdomen. — 12. Sommet de l'infundibulum adhérant au collet du sac. — 13. Épingle passée par l'infundibulum et sortant par l'ouverture de la portion étranglée et gangrénée de l'intestin.

FIGURE 8.

Anus contre nature, suite de la gangrène de l'iléon dans une hernie inguinale interne, étranglée : côté gauche.

Un malade, âgé d'environ soixante ans, avait été opéré en 1816, à l'hôpital de la Pitié, par Béclard : la portion d'intestin contenue dans le sac était noire, sphacélée, et percée de plusieurs ouvertures par lesquelles les matières fécales s'échappaient pour passer dans le sac. Des franges graisseuses, flottantes, qui adhéraient à la portion étranglée de l'intestin, firent penser que la tumeur devait être formée par le gros intestin. Le malade mourut à peu près un mois après l'opération : à l'ouverture du cadavre, nous vîmes que la tumeur avait passé à travers une ouverture du *fascia transversalis*, à dix lignes en dedans de l'artère épigastrique, et s'était échappée directement par l'orifice inférieur du canal inguinal. L'iléon avait été étranglé et détruit par la gangrène dans les trois quarts de son diamètre ; mais cependant il était déjà sensiblement éloigné de l'ouverture du sac et de l'anneau aponévrotique, et ses parois allongées commençaient à former un infundibulum plus court que dans l'observation précédente. La cavité de l'intestin était rétrécie dans cet endroit, au point de ne laisser passer qu'une sonde de calibre moyen ; néanmoins, la paroi intestinale qui adhérait au mésentère n'avait point été comprise dans l'étranglement, et l'éperon qu'elle formait était peu saillant. A son union avec le mésentère, l'intestin grêle était couvert d'appendices graisseux, flottans, qui avaient fait croire, pendant l'opération, à l'étranglement du gros intestin.

Le cadavre offrait, du côté droit, une hernie crurale épiploïque : l'épiploon adhérait fortement au sac.

N° 1. Extrémité supérieure, et — 2. extrémité inférieure de l'anse intestinale. — 3. Portion du mésentère qui soutient l'anse précédente. — 4, 4. Appendices graisseux naissant du mésentère, au niveau du bord adhérant à l'intestin. — 5. Allongement des tuniques intestinales en forme d'infundibulum. — 6. Portion de la peau qui entoure — 7. l'ouverture de l'anus contre nature.

FIGURE 9.

Anus contre nature avec renversement de l'intestin grêle, formant une tumeur de onze pouces d'étendue. (Observé sur un soldat vétéran, à l'hôpital de la maison dite des Oiseaux, 1814.)

La maladie datait de plusieurs années, et avait paru après l'opération d'une hernie inguinale étranglée et compliquée de gangrène de l'intestin. Lorsque je vis le malade, la tumeur, sortie depuis la veille, était arrondie, cylindroïde, molle, rouge, humide à sa surface, et percée à son extrémité inférieure d'une ouverture froncée, par laquelle s'échappaient les matières fécales. La membrane muqueuse de l'intestin, qui enveloppait la tumeur, était parsemée de granulations blanches, dues à la présence des follicules muqueux engorgés. On apercevait très-distinctement dans la tumeur les mouvemens vermiculaires de l'intestin; le malade la contenait ordinairement par un bandage bouclé, muni d'une pelotte qui fermait l'ouverture de l'aîne : à l'exception de cette infirmité, ce militaire jouissait d'une bonne santé.

N° 1. Base de la tumeur arrondie et comme étranglée par l'ouverture de la région inguinale qui lui livre passage.—2. Ouverture que présente le sommet de la tumeur, et par laquelle s'échappaient les matières fécales.

FIGURE 10.

Anus contre nature guéri par l'occlusion de l'ouverture de l'intestin. (Observé sur le cadavre d'une femme âgée, fort grasse. Pavillons de l'Ecole-Pratique, 1817.)

Ce cadavre offrait, au pli de l'aîne du côté droit, une cicatrice irrégulière, radiée, qui paraissait plutôt provenir d'un ancien bubon suppuré que d'une opération qui aurait été pratiquée dans cette région. En ouvrant l'abdomen, je reconnus qu'une anse de l'intestin grêle adhérait au péritoine de la région crurale droite par un cordon conique, blanchâtre, très-étroit vers ce point d'adhérence, mais qui allait en s'élargissant vers l'intestin auquel se fixait sa base. Ayant disséqué avec soin ce cordon d'apparence fibreuse, je reconnus qu'il se continuait à travers l'arcade crurale avec la cicatrice extérieure : il était plein, excepté à sa base qui était pourvue d'une petite cavité conique, tapissée par un prolongement très-fin de la membrane mu-

queuse de l'intestin. Diverses circonvolutions de l'intestin grêle aux environs de ce cordon, étaient unies entre elles par d'anciennes adhérences.

Nº 1. Extrémité supérieure, et — 2. extrémité inférieure de l'intestin. — 3. Portion du mésentère. — 4. Cordon conique qui unit l'anse intestinale au — 5, 5. péritoine de la région crurale. — 6. Cavité de la base du cordon précédent communiquant avec celle de l'intestin, — 7, 7. Lambeaux de l'incision faite aux parois de l'intestin pour mettre à nu — 8. sa cavité.

FIGURE 11.

Anus contre nature, suite d'une hernie inguinale interne, droite, étranglée, avec gangrène de l'intestin. Réunion des deux bouts de l'intestin par un infundibulum très-allongé. Occlusion presque complète de l'ouverture extérieure. (Observé sur le cadavre d'un vieillard venant du Dépôt de Mendicité de Saint-Denis. Amphithéâtre de MM. Rullier et Blainville, 1811.)

Ce cadavre présentait, dans la région inguinale droite, une large cicatrice, à la partie inférieure de laquelle se trouvaient trois tubercules arrondis, rougeâtres, du volume de gros pois. Entre eux existait une ouverture par laquelle on pouvait introduire un stylet jusque dans l'abdomen. Cette dernière cavité ayant été ouverte, je vis que le stylet pénétrait, à travers un prolongement conique, dans une anse intestinale, dont les deux bouts étaient accolés et fortement unis entre eux, ainsi qu'aux circonvolutions voisines, au moyen d'anciennes adhérences membraneuses. Le mésentère, qui soutenait l'anse intestinale, était froncé, épais, et ses plis adhéraient entre eux de manière à former une masse oblongue. Ayant ouvert l'infundibulum, qui avait plus d'un pouce de longueur, je ne pus reconnaître s'il était formé par le sac ou par l'allongement des adhérences coënneuses qui avaient dû se former entre le sac et l'intestin; mais il paraissait bien certain que les tuniques muqueuses et charnues de ce dernier n'entraient pour rien dans la formation de l'infundibulum. Les parois de celui-ci étaient minces, demi-transparentes, d'une épaisseur inégale, et parsemées de vaisseaux capillaires très-fins, tout-à-fait différens de ceux des deux bouts de l'anse intestinale. Les deux tuniques internes de l'intestin s'arrêtaient à la base de l'infundibulum; la cavité de celui-ci était simplement tapissée par une membrane très-mince, d'apparence muqueuse, de même nature que celle qu'on observe dans les trajets fistuleux. Les deux parois accolées de l'anse intestinale offraient entre elles un éperon très-saillant, dont le bord libre était plus pâle et plus ferme que les parties voisines de l'intestin.

L'infundibulum passait à travers le *fascia transversalis*, à six lignes en dedans de l'artère épigastrique, et au niveau du canal inguinal il adhérait intimement au cordon testiculaire.

N° 1. Extrémité supérieure, et — 2. extrémité inférieure de l'anse intestinale. — 3, 3. Portion du mésentère. — 4. Masse formée par l'adhérence des plis du mésentère entre eux. — 5, 5. Portion de la peau de la région inguinale. — 6, 6. Tubercules qui bornent — 7. l'ouverture extérieure de l'infundibulum. — 8. L'infundibulum ouvert dans toute son étendue. — 9. Eperon saillant, formé par la réunion des deux parois adossées de l'anse intestinale, réunies à l'endroit où l'intestin a été détruit. — 10. Endroit où les parois adossées des deux bouts de l'anse intestinale se séparent. — 11, 11. Interruption des tuniques intestinales au niveau de la base de l'infundibulum. — 12, 12. La cavité des deux bouts de l'anse intestinale.

PLANCHE VII.

FIGURE 1.

Deux invaginations de l'intestin grêle, l'une descendante et l'autre ascendante. (Dessinées d'après le cadavre d'une fille âgée d'environ quatorze ans. Pavillons de l'Ecole-Pratique, 1817.)

L'intestin grêle présentait quatre invaginations : deux se trouvaient vers la partie supérieure du jéjunum et étaient descendantes, la partie supérieure de l'intestin pénétrant dans l'inférieure. Dans l'une il y avait un pouce, et dans l'autre deux pouces et demi d'intestin invaginé. Les deux autres intus-susceptions se trouvaient vers le milieu de l'iléon; la supérieure était descendante et l'inférieure ascendante, de sorte que les deux bouts de l'intestin, retournés sur eux-mêmes, allaient au-devant l'un de l'autre, et se touchaient dans la portion commune qui les renfermait. Le canal intestinal était rempli de mucus, de bile, et contenait onze vers lombrics. L'intestin grêle offrait des ulcérations arrondies, sans élévation de leurs bords, et au niveau desquelles les membranes muqueuse et musculeuse étaient entièrement détruites. Ces ulcérations semblaient être le résultat d'une corrosion, et entièrement différentes de celles qu'on trouve ordinairement. Etaient-elles dues à la morsure des lombrics? Quoi qu'il en soit, elles avaient, dans un endroit, tellement affaibli les parois intestinales, que celles-ci s'étaient allongées en un appendice de plus d'un demi-pouce de longueur..

N° 1. Extrémité supérieure de l'intestin. — 2. L'intestin précédent s'introduisant dans — 3. la partie moyenne qui reçoit les deux invaginations. — 4. Portion du mésentère. — 5. Partie du mésentère qui se fronce en accompagnant le bout supérieur de l'intestin dans son invagination. — 6. Extrémité inférieure de l'intestin. — 7. La partie précédente s'invaginant en remontant dans la portion moyenne de l'intestin.

—8. Partie du mésentère qui se fronçait en s'invaginant avec l'intestin. —9. Endroit où les deux extrémités de l'intestin, invaginées en sens contraire, se touchaient à la partie moyenne.

FIGURE 2.

Coupe longitudinale de l'une des invaginations descendantes de l'observation qui précède.

N° 1. Extrémité supérieure de l'intestin. — 2. Cavité de la portion précédente de l'intestin. — 3. Cavité de sa portion invaginée. — 4. Bourrelet muqueux et circulaire formé par la portion invaginée. — 5. Cavité de l'intestin qui reçoit l'invagination. — 6. Endroit où le péritoine est entraîné par l'invagination, et s'adosse avec lui-même pour former un cul-de-sac circulaire. — 7. Fond du cul-de-sac précédent. — 8. Cul-de-sac que forme la membrane muqueuse accolée avec elle-même, et qui est disposé en sens inverse de celui du péritoine.

FIGURE 3.

Le petit appendice produit par l'affaiblissement des parois de l'intestin. (Voir l'observation de la fig. n° 1.)

N°s 1, 1. Les deux bouts de l'anse intestinale. —2. Partie du mésentère. — 3. L'appendice.

FIGURE 4.

L'appendice précédent et la portion correspondante de l'intestin, retournés et vus par leur face interne.

N°s 1, 1. Les deux bouts de l'intestin.—2, 2, 2, 2. Les ulcérations des membranes internes. — 3. L'appendice couvert d'ulcérations.

FIGURE 5.

Agglomération des anses de la fin de l'intestin grêle dans une seule enveloppe péritonéale commune. (Observée sur le cadavre d'un homme âgé d'environ soixante ans. Pavillon de l'Ecole-Pratique, 1815.)

Depuis sa partie moyenne l'intestin grêle allait en augmentant de volume jusqu'à sa partie inférieure, et représentait une masse allongée, flexueuse, bosselée, et dans quelques points supérieure en volume à l'intestin cœcum. En examinant attentivement cette masse, on voyait qu'elle était formée par l'agglomération des anses de l'intestin, qui se trouvaient renfermées dans une seule enveloppe péritonéale. De chaque côté, cette enveloppe allait, comme d'ordinaire, former les deux lames du mésentère. Celui-ci, à son niveau, avait plus d'épaisseur, et ses vaisseaux étaient plus pressés les uns contre les autres que dans le reste de son étendue. Le péritoine n'offrait aucune bride ou adhérence accidentelle, aucune trace d'inflammation. La tunique charnue des anses de l'intestin, ainsi agglomérées, était adossée avec celle

des autres circonvolutions dans les endroits où elles se touchaient, et n'était point recouverte par le péritoine : un tissu lamelleux très-fin les réunissait. Cette portion de l'intestin grêle ayant été insufflée et desséchée, je coupai la masse en travers, dans différens points, et j'intéressai toujours dans ces coupes trois ou quatre anses intestinales. Cette agglomération était-elle le produit d'une ancienne inflammation locale du péritoine de l'intestin qui en avait agglutiné les circonvolutions, ou bien dépendait-elle d'un vice d'organisation? l'absence de toute trace d'inflammation me fait pencher pour cette dernière opinion.

Nos 1, 1, 1, 1. La masse des circonvolutions agglutinées. — 2, 2, 2, 2, 2, 2. Endroits au niveau desquels le péritoine passe d'une circonvolution intestinale sur l'autre, en formant de légères excavations. — 3. Terminaison de l'intestin grêle dans — 4. le cœcum. — 5. L'appendice cœcal. — 6. Portion du mésentère qui soutenait la masse intestinale.

FIGURE 6.

Elle représente une partie de la masse intestinale précédente, insufflée, desséchée et coupée en travers.

Nos 1, 1. Le péritoine formant les deux lames du mésentère. — 2. Les vaisseaux contenus entre les deux lames précédentes. — 3, 3, 3, 3. Le péritoine tapissant seulement une partie de la surface des circonvolutions intestinales. — 4, 4. Le péritoine passant d'une circonvolution sur l'autre sans s'introduire dans leur intervalle. — 5, 5, 5, 5. Cavités des circonvolutions ouvertes par la coupe. — 6. Portion de la masse intestinale agglomérée, vue par sa face externe.

FIGURE 7.

Polype de l'iléon ayant entraîné la partie correspondante de l'intestin, et produit l'invagination et la gangrène d'une anse intestinale de plus d'un pied d'étendue. (Observé, avec MM. les docteurs Devilliers et Capuron, sur le cadavre d'une femme grosse, morte avec tous les symptômes d'un étranglement interne.)

Nos 1, 1. Portion de l'iléon contenant — 2, 2. la partie invaginée du même intestin, liée en haut. — 3, 3. Le bout inférieur de l'iléon fendu longitudinalement afin de mettre le polype à découvert. — 4. Le polype. — 5. La portion invaginée de l'intestin entraînée par la tumeur précédente. — 6. Ouverture inférieure de l'intestin invaginé, placée derrière le pédicule du polype.

FIGURE 8.

Appendice digité de la fin de l'intestin grêle. (Trouvé sur le cadavre d'un gendarme âgé de trente-six ans, mort hydropique.)

Cet appendice avait trois pouces de longueur. Sa membrane séreuse était par-

faitement lisse, et exempte des éraillures que l'on trouve sur certains appendices accidentels de l'intestin. La membrane musculeuse était formée de fibres circulaires semblables à celles de l'iléum. La membrane muqueuse présentait des valvules conniventes circulaires semblables à celles de l'intestin lui-même. L'artère mésentérique fournissait une branche principale qui descendait sur une des faces de l'appendice, et donnait des branches à droite et à gauche. De l'autre côté de l'appendice il n'y avait que quelques ramifications vasculaires, irrégulières, et très-ténues.

N° 1. Extrémité supérieure, et — 2. extrémité inférieure de l'intestin. — 3. Portion du mésentère. — 4. L'appendice. — 5. Branche de l'artère mésentérique qui descend sur l'appendice.

FIGURE 9.

Kyste hydatifère développé dans l'épaisseur du ventricule gauche du cœur. (Observé sur le cadavre d'une femme âgée d'environ soixante-dix ans. Pavillons de l'Ecole-Pratique, 1815.)

La tumeur, du volume d'une pomme, était oblongue, et adhérait à la partie gauche du ventricule aortique du cœur, dans lequel elle était comme incrustée. Quelques fibres charnues de ce ventricule s'épanouissaient sur son large pédicule, et semblaient s'être entr'ouvertes pour la laisser saillir au dehors. Le péricarde, très-mince, recouvrait sa surface externe. Les parois du kyste étaient assez minces, fibro-celluleuses; sa face interne était rugueuse, inégale, et enduite d'une matière semblable à de l'albumine décomposée ou à l'enduit sébacé du fœtus. Il contenait plusieurs centaines d'hydatides de volume variable, les unes pleines, les autres vides et affaissées, semblables à des pellicules de raisin. Le cœur était pâle, flasque, affaissé, et surchargé de graisse.

Sur ce même cadavre, la rate et le foie contenaient d'énormes kystes, remplis également d'hydatides.

N° 1. La veine cave supérieure. — 2. L'oreillette droite du cœur. — 3. L'aorte, et — 4. l'artère pulmonaire, coupées à leur origine. — 5. Face antérieure du cœur; ventricule droit. — 6. Portion de l'oreillette gauche. — 7. Partie de la face antérieure du cœur correspondant au ventricule gauche. — 8. Le sommet du cœur. — 9. Le kyste hydatifère. — 10. Pédicule du kyste précédent. — 11. La cavité du kyste remplie d'hydatides.

PLANCHE VIII.

FIGURE 1.

Renversement complet du vagin, entraînant avec lui la matrice et une partie de la vessie et du rectum. (Trouvé sur le cadavre d'une femme de quatre-vingts ans. Pavillons de l'Ecole-Pratique, 1816.) La tumeur est vue de face.

Le vagin, ainsi renversé, formait une tumeur allongée cylindroïde, assez ferme, à base large, tuberculeuse à son sommet, d'une couleur rose nuancée de taches violettes. La surface de cette tumeur était couverte de rides transversales; vers son sommet, elle offrait deux tubercules irréguliers, séparés par une légère excavation qui correspondait à l'ouverture vaginale de l'utérus, laquelle était oblitérée. La tumeur était recouverte à l'extérieur par une sorte d'épiderme demi-opaque, parsemé de plaques blanches irrégulières. La face externe de cette pellicule était lisse et polie; sa face interne, au contraire, était villeuse, et présentait une grande quantité de papilles et de petites cavités qui étaient en rapport avec de semblables inégalités dont était parsemée la membrane du vagin. La base de la tumeur présentait, en haut et en avant, l'orifice dilaté de l'urètre. Vu à l'intérieur, le vagin formait un sac qui logeait, d'avant en arrière, 1° le bas-fond de la vessie et une partie du trigône vésical; 2° le col de l'utérus, et derrière lui un grand cul-de-sac du péritoine qui le séparait du rectum; 3° un prolongement du rectum. Ainsi, une section pratiquée à la base de la tumeur aurait ouvert la vessie, le col de l'utérus, la cavité du péritoine et le rectum. La vessie, entraînée par le vagin, se prolongeait d'environ deux pouces dans les parties antérieure et supérieure du sac que celui-ci formait; le canal de l'urètre avait totalement changé de direction : il était presque vertical et droit, de sorte que son orifice extérieur était en haut, et l'intérieur en bas; aussi, pour sonder la vessie, il fallait introduire l'algalie d'abord en arrière et en bas, puis verticalement en bas. Le trigone vésical se trouvait renversé, et le bas-fond de la vessie se portait au-delà pour former le prolongement que cet organe envoyait dans le vagin. La vessie contenait deux calculs arrondis, jaunâtres, rugueux, de la grosseur chacun d'une petite noix, et formés par un noyau d'un jaune fauve, entouré de couches concentriques blanchâtres. Le cul-de-sac du péritoine, situé entre la vessie et la matrice, était peu profond, et ne se prolongeait pas dans la tumeur comme celui qui existait entre la matrice et le rectum. La matrice était petite, allongée et molle; elle offrait une tumeur fibreuse, arrondie vers sa partie inférieure; sa longueur n'excédait pas deux pouces, et elle se continuait insensiblement avec son col qui avait bien quatre pouces de long. La cavité du col était libre, assez

étroite, et se terminait, à sa partie inférieure, par une dilatation en forme de cul-de-sac, remplie de mucosités, et qui ne présentait aucune communication à l'extérieur. La matrice, à cause de la longueur de son col, se trouvait hors du sac que formait le vagin par son renversement. Le rectum était fort dilaté à son extrémité inférieure, et envoyait en avant un prolongement considérable, digité, qui passait sur le périnée et allait s'introduire dans la partie postérieure et inférieure du sac formé par le vagin renversé.

N° 1. Partie antérieure de la tumeur. — 2, 2. Les grandes lèvres. — 3. Les petites lèvres. — 4. Le clitoris. — 5. Méat urinaire. — 6. Le sommet de la tumeur.

FIGURE 2.

La tumeur précédente, vue de profil par le côté droit.

N° 1. Grande lèvre. — 2. Petite lèvre. — 3. Face antérieure, — 4. face postérieure, et — 5. sommet de la tumeur. — 6. Méat urinaire. — 7. Ligne ponctuée indiquant la situation d'une partie de la vessie dans la tumeur. —8. Ligne ponctuée marquant la position du prolongement du rectum dans la tumeur. — 9. Le périnée. — 10. L'anus.

FIGURE 3.

Elle représente la tumeur précédente, vue de profil et fendue par le côté droit, afin de faire voir la disposition des parties contenues dans la tumeur. Les pubis ont été séparés, et la partie droite du bassin enlevée.

N° 1. La vessie. —2. Le pubis gauche. —3. L'utérus, dont on a coupé les trompes et les ovaires. — 4. Le rectum. — 5. Partie de la grande lèvre gauche. — 6. Le clitoris. — 7. Le méat urinaire. — 8. Le canal de l'urètre. — 9. Le vagin fendu. — 10. Tumeur fibreuse de l'utérus. — 11. Col de l'utérus occupant le centre du sac formé par le vagin. — 12. Prolongement de la vessie dans la tumeur. — 13. Prolongement du rectum dans la tumeur. — 14. Cul-de-sac formé par le péritoine entre le col de l'utérus et le prolongement du rectum. — 15. Le périnée fendu. — 16. L'anus. — 17. L'uretère droit.

FIGURE 4.

Elle représente les deux calculs trouvés dans la vessie de la femme qui fait l'objet de l'observation précédente.

FIGURE 5.

L'un des calculs précédens, scié de manière à faire voir son noyau central et ses couches concentriques.

FIGURE 6.

Hydropisie de la trompe utérine droite. (Observée sur le cadavre d'une femme de cinquante ans. Pavillons de l'Ecole-Pratique, 1814. Pièce déposée dans le Muséum de la Faculté.)

La trompe, distendue par un liquide jaunâtre, transparent, formait une tumeur pyriforme, dont la petite extrémité correspondait à l'insertion de la trompe à l'utérus. Cette tumeur formait, dans sa partie rétrécie, des flexuosités assez semblables à des circonvolutions intestinales. La trompe était oblitérée près de son pavillon et à son insertion à l'utérus, de sorte qu'elle ne communiquait plus avec la cavité du péritoine ni avec celle de la matrice. Un kyste séreux, à parois minces et demi-transparentes, naissait de l'ovaire et adhérait à la tumeur formée par la trompe. (La pièce est vue par derrière.)

N° 1. Face postérieure de l'utérus. — 2. Orifice vaginal du col de l'utérus. — 3. Insertion de la trompe droite à l'angle supérieur et correspondant de la matrice. — 4. Première dilatation que formait la trompe près de son insertion. — 5, 5. Tumeur formée par la trompe. — 6. Ovaire droit. — 7. Kyste de l'ovaire. — 8. Portion du ligament large parsemé de vaisseaux. — 9. Le ligament de l'ovaire.

FIGURE 7.

Grossesse extra-utérine; communication de la partie supérieure de la poche fœtale avec plusieurs circonvolutions de l'intestin grêle, et de sa partie inférieure avec le rectum. (Observée sur le cadavre d'une femme âgée d'environ trente-six ans. Autopsie faite à l'hôpital Necker avec M. Cayol.)

La tumeur renfermant le fœtus était volumineuse, oblongue, située entre le rectum et la matrice, et remontait au-dessus du détroit supérieur du bassin. Dans une grande partie de sa circonférence, spécialement en haut, elle offrait des adhérences intimes avec les circonvolutions de l'intestin grêle. La matrice, très-petite, était poussée au-devant de la tumeur avec la vessie, et n'offrait aucune trace de fausse membrane dans sa cavité. L'ovaire gauche était dilaté, ainsi que l'extrémité de la trompe correspondante, par de petits kystes séreux. La trompe droite se perdait dans la tumeur; mais l'ovaire du même côté, distendu par de petites cavités séreuses, était repoussé dans la fosse iliaque correspondante au-dessous du cœcum. La tumeur était formée par une poche assez mince dans quelques endroits, mais beaucoup plus épaisse dans d'autres. Les parois de cette poche étaient molles, faciles à déchirer; elles contenaient un fœtus d'environ sept mois, dont la tête était dirigée en bas, les pieds et les fesses en haut. Ce fœtus était en putréfaction; plusieurs de ses os étaient mis à nu, et les parties molles qui restaient étaient converties en matière grasse des cadavres. Il était baigné par des matières fécales

liquides qui contenaient une grande quantité de pépins de raisin. Le kyste offrait en dedans cinq ouvertures, savoir: 1° quatre à sa partie supérieure; ces ouvertures, distinctes les unes des autres, d'une forme inégale, à bords frangés, le faisaient communiquer avec les anses de l'intestin grêle, qui lui adhéraient en haut; 2° à sa partie inférieure, le kyste s'ouvrait dans le rectum par un canal oblique en bas et en avant, long d'un demi-pouce environ, et dans lequel on introduisait facilement le doigt. Il résultait de cette disposition des parties que les matières fécales sortaient de l'intestin grêle par les ouvertures fistuleuses pour s'épancher dans la poche, baignaient le corps du fœtus, et tombaient dans le rectum par le canal de communication inférieure. Le placenta, dont on retrouvait quelques débris, était inséré en haut et en avant de la poche, laquelle dans cette région avait sensiblement plus d'épaisseur que dans les autres. La pièce est vue de profil par le côté gauche. La moitié correspondante du bassin et des parois abdominales ont été enlevées.

N° 1. Face interne de la poche fœtale. — 2. Le fœtus. — 3, 3, 3, 3. Les quatre ouvertures supérieures communiquant avec — 4, 4, 4. les anses de l'intestin grêle qui adhèrent à la partie supérieure de la tumeur. — 5. Canal de communication entre la partie inférieure du kyste et — 6. le rectum. — 7. Cavité de l'intestin précédent, ouverte latéralement par une incision longitudinale. — 8. L'anus ouvert. — 9. La vessie. — 10. La matrice. — 11. Le pubis droit. — 12. Le vagin. — 13. Partie droite des parois abdominales. — 14. Cuisse droite. — 15. Coupe verticale de la colonne vertébrale. — 16. Le coccyx.

FIGURE 8.

Grossesse extra-utérine tubaire gauche : rupture de la poche et passage du fœtus dans la cavité du péritoine. (Observée sur le cadavre d'une jeune femme morte à la Maternité. Ouverture faite avec Béclard, 1816.)

La poche du fœtus était développée dans la trompe gauche, et occupait la fosse iliaque correspondante. Elle s'était rompue par une large ouverture à bords frangés, et le fœtus était passé dans la cavité abdominale au milieu des circonvolutions de l'intestin. Une portion du grand épiploon adhérait fortement à la partie externe de la poche. La matrice avait au moins deux fois son volume naturel; son tissu était ramolli, d'une couleur rougeâtre; sa face interne était couverte de vaisseaux injectés se divisant dans une sorte de membrane molle et pulpeuse; le placenta était inséré à la partie postérieure et inférieure de la poche.

N°s 1, 1. La poche fœtale. — 2. La trompe gauche très-volumineuse, se perdant sur la poche précédente. — 3. Ouverture de la poche par laquelle est sorti — 4. le fœtus. — 5. Portion de l'épiploon adhérant à la poche. — 6. Autre portion de l'épi-

ploon, relevé et renversé. — 7. L'estomac fortement relevé. — 8. Face supérieure du foie. — 9. Ligament de la veine ombilicale. — 10. Vésicule biliaire. — 11. Portion du gros intestin. — 12. Circonvolutions de l'intestin grêle. — 13 et 14. Les parois abdominales ouvertes et écartées. — 15, 15. Les pubis sciés au niveau de leurs branches horizontales; la symphise a été enlevée. — 16. La trompe utérine droite. — 17. Face antérieure de la matrice, qui est fortement abaissée afin de mettre à découvert la poche et le fœtus dans toute leur étendue. — 18. Cavité de la matrice, mise en vue par une incision longitudinale divisant la partie antérieure du col et du corps de cet organe. — 19. Lèvre postérieure du museau de tanche.

PLANCHE IX.

FIGURE 1.

Hernie inguinale interne du côté droit faite à travers un éraillement des fibres de l'aponévrose fascia transversalis. (Observée sur le cadavre d'un homme âgé d'environ cinquante ans. Pavillon de l'Ecole-Pratique, 1816.)

La tumeur est vue par-devant, et disséquée de manière à faire voir successivement ses enveloppes de dehors en dedans.

N°s 1, 1. Partie inférieure des muscles droits de l'abdomen. — 2, 2. Les muscles pyramidaux. — 3. Partie antérieure de la symphise des pubis. — 4. Partie gauche du scrotum. — 5. La verge. — 6, 6, 6. L'enveloppe extérieure de la hernie formée par la peau de l'aîne et du scrotum. — 7. Aponévrose du grand oblique détachée et renversée. — 8. Pilier interne de l'anneau inguinal. — 9. Portion de l'anneau inguinal. — 10, 10. Fascia superficialis et expansion celluleuse du pourtour de l'anneau inguinal, formant la seconde enveloppe de la tumeur. — 11. Muscle petit oblique de l'abdomen, coupé et renversé. — 12. Les fibres charnues et aponévrotiques du muscle précédent, formant la troisième enveloppe de la tumeur. — 13. Le cordon testiculaire renfermé dans sa gaîne, et au-devant duquel on voit les arcades renversées, formées par le muscle crémaster. — 14. Le testicule enveloppé par la tunique vaginale et par l'expansion celluleuse de la gaîne du cordon. — 15. Portion du muscle transverse de l'abdomen laissé en place. — 16. Anneau fibreux que forme le pourtour de l'ouverture accidentelle de l'aponévrose fascia transversalis, par laquelle s'est échappé le sac herniaire. — 17, 17. Poche fibro-celluleuse mince, qui, naissant du pourtour de l'ouverture précédente, forme la quatrième enveloppe de la tumeur, et contient immédiatement le sac herniaire. — 18. Le sac herniaire qui renfermait une portion de l'épiploon. — 19. Cavité séreuse

accolée au fond du sac herniaire, et qui en est séparée par une cloison sur laquelle on remarque de nombreux stygmates; cette cavité n'est bien évidemment qu'un ancien sac herniaire oblitéré qui a été poussé au-devant du sac — 18. qui est de nouvelle formation. — 20. Ligne ponctuée indiquant le trajet de l'artère épigastrique derrière le fascia transversalis réuni à l'aponévrose du muscle transverse.

FIGURE 2.

Hydrocèle de la tunique vaginale renfermant six concrétions cartilagineuses et osseuses. La tumeur, du volume du poing, était légèrement oblique et irrégulière à sa surface; l'expansion de la gaîne propre du cordon testiculaire qui l'entourait était fort mince. La tunique vaginale était fine, bosselée, demi-transparente, et offrait une teinte noirâtre due à la couleur du fluide qu'elle renfermait; à sa partie supérieure était une cavité secondaire avec laquelle elle communiquait par deux petites ouvertures allongées. Le testicule placé en arrière de la tumeur était légèrement aplati : le liquide renfermé dans la tunique vaginale était vert, semblable à de la bile, mais non visqueux et très-fluide. Dans ce liquide se trouvaient six concrétions cartilagineuses parfaitement rondes, lisses à leur surface, d'un blanc grisâtre, et libres de toute adhérence. Ces concrétions étaient revêtues par une pellicule fort mince, qui réunissait deux d'entre elles; formées par des couches albumineuses concrètes et superposées, elles renfermaient à leur centre un noyau calcaire. Le testicule offrait sur la tunique albuginée une plaque cartilagineuse arrondie fort épaisse, tuberculeuse à sa surface. A la réunion du testicule avec la tête de l'épidydime existait un kyste séreux, de la grosseur d'une noisette, et rempli d'une humeur limpide. La tumeur est vue par derrière, afin de montrer ses rapports avec le testicule et les vaisseaux du cordon. La gaîne propre de ce cordon est ouverte dans toute sa longueur, et écartée de manière à faire voir son prolongement sur la tunique vaginale.

N°s 1, 1. La gaîne du cordon testiculaire. — 2, 2. La gaîne précédente se prolongeant sur la tumeur formée par la tunique vaginale. — 3. Le cordon testiculaire. — 4, 4. Le canal déférent, et — 5, 5. les vaisseaux testiculaires passant à la partie postérieure de la tumeur. — 6. La tumeur formée par la tunique vaginale distendue. — 7, 7. Petite cavité située au-dessus de la tunique vaginale. — 8. Le testicule faisant saillie à la partie postérieure de la tumeur. — A. Concrétions que renfermait la tunique vaginale. — B. Deux des mêmes concrétions réunies. — C. Une des mêmes concrétions fendue par sa partie moyenne, afin de faire voir son noyau osseux.

FIGURE 3.

Hydrocèle enkysté du cordon spermatique du côté gauche. (Trouvé sur le cadavre d'un homme âgé d'environ soixante ans. Pavillons de l'Ecole Pratique, 1816.)

La tumeur était entourée par les enveloppes du cordon testiculaire qui passait à sa face postérieure. Elle était volumineuse, oblongue, flasque, les parois du kyste qui la formaient n'étant que médiocrement distendues par la sérosité jaunâtre qui remplissait sa cavité. Ces parois étaient minces, demi-transparentes, et ne renfermaient dans leur épaisseur que quelques vaisseaux capillaires. Leur face interne était lisse; l'externe adhérait à l'enveloppe du cordon testiculaire par un tissu lamineux très-mince.

Le canal déférent avait le volume d'une plume de cygne; ses parois étaient fort épaisses, et sa cavité n'était pas plus grande que dans son état naturel. Le muscle crémaster était situé au-devant de la tumeur; et ses fibres étaient extrêmement prononcées. Le testicule était sain, et placé au-dessus de la tumeur. La tunique vaginale était comme affaissée sur elle-même par la partie inférieure de la tumeur, à laquelle elle était adossée et réunie par sa face externe, au moyen d'un tissu cellulaire lâche. La tumeur est vue par sa partie antérieure. Les enveloppes du cordon testiculaire qui la renferment, ainsi que la tunique vaginale, sont fendues et renversées en dehors.

N° 1. Le cordon testiculaire. — 2, 2, 2, 2, 2. L'enveloppe commune au cordon testiculaire, à la tumeur et à la tunique vaginale, fendue et écartée. — 3, 3, 3, 3. Le kyste de l'hydrocèle. — 4. Le canal déférent. — 5. Ligne ponctuée, indiquant le trajet du canal déférent derrière la tumeur dont la cavité est couverte par sa partie antérieure. — 6. La tunique vaginale. — 7. Cavité de la tunique précédente. — 8. Le testicule. — 9. Cloison formée par l'adossement de la tunique vaginale avec la partie inférieure de la tumeur.

FIGURE 4.

Eventration congénitale avec issue d'une grande partie de l'intestin grêle. (Observée avec le docteur Flaubert, à Rouen, 1818.)

L'enfant, du sexe féminin, était né le jour précédent et appartenait à des parens bien constitués. Il était très-faible et poussait de temps à autre quelques cris plaintifs. Au côté droit de l'ombilic existait une perforation arrondie, à bords ulcéreux, rougeâtres, et par laquelle s'était échappée une grande partie de l'intestin grêle. L'anse que cet organe formait au dehors devait avoir au moins un pied et demi d'étendue; ses circonvolutions étaient réunies entre elles en une seule masse, par des adhérences membraneuses dont les unes paraissaient récentes et pouvaient être détruites avec facilité, tandis que les autres étaient anciennes et solides; elles étaient bien évidemment le résultat de l'exsudation albumineuse de l'intestin enflammé. La portion du mésentère qui soutenait cette grande anse adhérait fortement au pourtour de l'ulcération, et s'opposait ainsi à la réduction du paquet intestinal. L'intestin sorti était froid, verdâtre, rempli de mœconium, et ne présentait pas de mouvemens péristal-

tiques, du moins d'une manière sensible; dans quelques endroits il était extrêmement dilaté, et sa grosseur égalait celle du doigt, tandis que dans d'autres il avait à peine le volume d'une plume; ses parois étaient fermes et bien plus épaisses que dans l'état naturel. Le ventre était déprimé, tendu, et comme rétréci. Le cordon ombilical, volumineux et bien conformé, était déjeté à gauche par les parties herniées. Chez cet enfant les intestins étaient déjà sortis du ventre à l'époque de la naissance, et s'étaient enflammés sans doute à cause de leur étranglement à travers l'ouverture des parois abdominales, et peut-être aussi par le contact inaccoutumé des eaux de l'amnios.

Nos 1, 1. La paroi antérieure de l'abdomen. — 2. Le paquet formé par les intestins sortis et agglutinés. — 3. Ouverture qui livrait passage au paquet intestinal. — 4. Le cordon ombilical. — 5. La cuisse droite. — 6. La cuisse gauche.

FIGURE 5.

Hernie ombilicale épiploïque, renfermée dans une portion du cordon ombilical qui en formait l'enveloppe extérieure. (Observée le 10 septembre 1817.)

Cette hernie existait chez une petite fille âgée de dix-huit mois, fort maigre, qui fut apportée par sa mère à la consultation publique de M. le professeur Dubois : au lieu d'être arrondie et globuleuse, comme cela s'observe ordinairement, la tumeur était allongée, cylindroïde, du volume du doigt, longue d'environ un pouce et demi, et présentait, sur sa longueur, de légères dilatations, séparées par des enfoncemens peu profonds, semblables à ceux qu'on voit sur le cordon ombilical : le sommet de cette tumeur portait la cicatrice de l'ombilic; sa base était entourée de quelques plis, et la peau des environs n'était pas tirée, et ne paraissait pas avoir été allongée. Lorsque l'épiploon fut repoussé dans le ventre, les enveloppes de la hernie parurent très-minces, et on pouvait reconnaître dans leur épaisseur, en les pressant entre les doigts, des espèces de cordons fibreux longitudinaux, formés probablement par une partie de la veine et des artères ombilicales oblitérées. La tumeur est vue de profil.

Nos 1, 1. Paroi antérieure de l'abdomen. — 2. Le pénil. — 3. Portion de la cuisse droite. — 4. Portion de la cuisse gauche. — 5. La tumeur. — 6. Plis peu saillans qui entourent la base de la tumeur. — 7. Cicatrice ombilicale.

FIGURE 6.

Persistance d'une portion du cordon ombilical, observée chez un homme d'environ vingt-cinq ans. (Hôpital Saint-Louis.)

La tumeur existait depuis la naissance; elle était flasque et pendante, cylindroïde, de la grosseur du petit doigt, longue de plus d'un pouce, légèrement contournée

sur elle-même, alternativement renflée et légèrement étranglée. Elle portait à son sommet la cicatrice ombilicale ; la peau qui la recouvrait était blanche, très-fine, peu vasculaire ; elle paraissait pleine à l'intérieur, lorsqu'on la comprimait entre les doigts, et était peu sensible à cette pression. L'anneau ombilical paraissait exactement fermé : jamais l'individu n'avait eu de hernie dans cette région.

Nos 1, 1. Paroi antérieure de l'abdomen. — 2. La tumeur. — 3. Cicatrice du cordon ombilical.

FIGURE 7.

Exostose de la face postérieure du pubis faisant saillie dans la vessie urinaire. (Observée sur le cadavre d'une femme âgée. Pavillons de l'Ecole-Pratique, 1819.)

La tumeur inégale, tuberculeuse, à large base, faisait une saillie de quatorze lignes ; elle naissait de la partie postérieure de la symphyse pubienne qui était ossifiée. La vessie adhérait intimement, par la face antérieure, à la partie correspondante du pubis, et surtout à la base de l'exostose. Celle-ci était recouverte par une membrane très-mince, fort adhérente, fibro-celluleuse, laquelle se continuait manifestement vers sa base avec la membrane muqueuse de la vessie; elle semblait être contenue, au premier aspect, dans la cavité même de cet organe : pendant la vie, on aurait bien pu la prendre pour un calcul adhérent. La tumeur est vue de profil, et la vessie ouverte par sa partie gauche.

Nos 1, 1. Surface extérieure, et — 2. sommet de la vessie. — 3. Cavité de la vessie. — 4. Uretère droit. — 5. Uretère gauche. — 6. Ouverture de l'uretère droit dans la vessie. — 7. Le canal de l'urèthre. — 8. Le pubis droit. — 9. L'exostose proéminant dans la cavité de la vessie.

PLANCHE X.

FIGURE 1.

Coque osseuse très-mince, développée entre la choroïde et la rétine. (Observée sur l'œil droit d'un cadavre d'homme âgé d'environ cinquante ans. Pavillons de l'Ecole-Pratique, 1816.)

Cet œil présentait, 1° une large cicatrice sur la cornée qui était opaque, très-saillante et déformée. 2° Il était plus volumineux que dans l'état normal et plus étendu dans son diamètre transversal que dans les autres. Il résistait assez à la pression entre les doigts, pour qu'on sentît que ses membranes étaient soutenues à l'intérieur par un corps solide. La sclérotique n'offrit rien de particulier à noter, non plus que le nerf optique, qui avait conservé son volume naturel et son organisation.

Au-dessous de la sclérotique on trouvait la choroïde avec son apparence ordinaire; son système vasculaire était injecté. Le ligament ciliaire avait presque entièrement disparu; l'iris, déformé, adhérait à la face postérieure de la cornée ainsi que le cristallin, qui était atrophié et d'une forme irrégulière. L'humeur aqueuse avait disparu, mais l'humeur vitrée était fort limpide et très-fluide. La face interne de la choroïde adhérait légèrement à une coque osseuse très-mince formée par le dépôt de granulations calcaires dans l'épaisseur d'une fausse membrane existant entre cette tunique et la rétine. La coque n'offrait aucune adhérence avec la rétine, qui s'en sépara très-facilement, et qui, sur la figure 2, est représentée pendante au centre de la coque osseuse. Celle-ci était percée d'une ouverture arrondie au niveau du nerf optique pour livrer passage à la rétine. En arrière elle était assez épaisse, mais en avant elle était fort mince et se terminait par un bord inégal, frangé : elle offrait, dans différens points de son étendue, des petites ouvertures irrégulières, bouchées par une membrane fine, transparente, dans l'épaisseur de laquelle on apercevait beaucoup de granulations blanches, très-ténues, n'étant pas encore réunies en lames osseuses. La rétine, examinée avec soin sous l'eau, ne m'offrit aucune altération visible dans son organisation.

N° 1. La cornée. — 2. La sclérotique. — 3. Le nerf optique.

FIGURE 2.

Elle représente l'œil précédent dont les membranes extérieures ont été incisées circulairement et renversées sur le nerf optique, afin de mettre la coque osseuse à découvert dans toute son étendue.

N° 1. Nerf optique. — 2. La sclérotique. — 3,3. La choroïde. — 4. La coque osseuse vue par sa face extérieure. — 5. Bord antérieur de la coque osseuse. — 6, 6, 6. Ouverture de la coque osseuse. — 7. Portion de la surface interne de cette dernière. — 8. La rétine affaissée et pendante.

FIGURE 3.

Atrophie de l'œil gauche : entrecroisement des nerfs optiques. (Observation faite sur le cadavre d'une femme âgée. Pavillons de l'Ecole-Pratique, 1816.)

L'œil était irrégulier, plissé, blanc, entièrement vide, et n'avait pas la sixième partie de son volume naturel. Le nerf optique correspondant était gris, demi-transparent et atrophié. Arrivé à la commissure, il devenait un peu plus blanc, et on voyait manifestement que ses fibres grises traversaient obliquement la commissure pour se rendre dans le nerf du côté droit, lequel, au-delà de cette commissure, était blanc comme l'autre, mais un peu moins volumineux. Cette différence de volume était surtout sensible dans les renflemens que ces nerfs offrent aux parties posté-

rieures des couches optiques. L'œil et le nerf optique droit étaient parfaitement sains.

N°. 1. Nerf optique droit. — 2. Nerf optique gauche atrophié. — 3. Commissure des nerfs optiques. — 4. Fibres grises passant du nerf optique gauche à travers la substance blanche de la commissure pour se perdre dans — 5. le nerf optique droit en-deçà de la commissure. — 6. Tubercules de la base des nerfs optiques. — 7. Nerf optique gauche en-deçà de la commissure. — 8. Tubercules de la partie postérieure du nerf précédent.

FIGURE 4.

Atrophie du globe de l'œil. (Observée sur le cadavre d'une vieille femme qui avait une tumeur cancéreuse du sein droit, compliquée d'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aisselle. Pavillons de l'Ecole-Pratique, 1814.)

Les yeux, parfaitement semblables de l'un et l'autre côté, étaient affaissés et offraient cinq tubercules blancs fort remarquables par leur disposition. L'un d'eux, plus petit que les autres, placé au centre, était lisse, d'un blanc de nacre, très-saillant, et séparé par une rainure profonde des quatre autres. Ceux-ci, plus volumineux, avaient le même aspect que le précédent et se trouvaient séparés entre eux par quatre sillons décussés. Ces sillons correspondaient à l'insertion antérieure des quatre muscles droits sur le globe de l'œil et semblaient avoir été opérés par la rétraction de ces derniers, qui étaient sensiblement atrophiés, d'une couleur blanche et d'apparence fibreuse. Le globe de l'œil était atrophié, plissé, et aplati d'avant en arrière. Les deux nerfs optiques étaient grisâtres, et n'avaient pas le tiers de leur volume naturel : dans le crâne, leur resserrement et leur couleur persistaient. La couche optique était également atrophiée, grisâtre, ainsi que la partie voisine des deux nerfs avec lesquels elle se continuait en arrière. L'œil ayant été fendu transversalement, je ne pus retrouver ni l'humeur vitrée ni le crystallin, qui avaient complètement disparu. Les membranes internes de l'œil étaient blanches, atrophiées, et adhéraient fortement à une cicatrice linéaire transversale, située au bas du tubercule moyen formé bien évidemment par la cornée. Examinés en dedans, les tubercules étaient creux et leur sillon se dessinait en relief.

N° 1. Le tubercule moyen. — 2, 2. Les deux tubercules supérieurs. — 3, 3. Les deux tubercules inférieurs.

FIGURE 5.

Elle représente l'œil de la figure précédente, extrait de l'orbite et vu de profil par son côté interne.

N° 1. Le tubercule moyen. — 2. Le tubercule supérieur interne. — 3. Le tubercule inférieur interne. — 4. Le nerf optique.

FIGURE 6.

Elle représente le segment antérieur du globe de l'œil précédent, vu par sa face interne.

Nos 1, 1. Coupe de la sclérotique. — 2, 2, 2, 2. Excavations correspondantes à la face interne des tubercules. — 3. Excavation centrale du tubercule moyen. On voit au bas de cette excavation la cicatrice transversale à laquelle adhéraient les membranes intérieures atrophiées.

FIGURE 7.

Décollement de la partie supérieure de l'iris de l'œil gauche, suite de l'opération de la cataracte par abaissement. (Observé sur un homme âgé de soixante-onze ans, 1813.)

L'opérateur avait accroché avec la pointe de l'aiguille la face postérieure de l'iris. La vue resta fort imparfaite, et le malade ne pouvait apercevoir que les objets placés en haut. Le décollement comprenait presque la moitié de la circonférence de l'iris. La pupille était allongée, et représentait une fente étroite transversale.

No 1. La sclérotique. — 2. La cornée, et derrière elle l'iris. — 3. Le fond de l'œil, visible par le décollement de l'iris. — 4. La pupille.

FIGURE 8.

Double décollement de l'iris de l'œil gauche; suite de l'opération de la cataracte par abaissement. (Observé sur un malade des salles de l'hôpital Saint-Antoine, en 1816. Ce malade avait été opéré depuis deux ans par un chirurgien ambulant.)

L'iris était décollé dans la presque totalité de sa circonférence à sa partie supérieure et inférieure, et représentait une bande transversale d'un brun clair, étendue un peu obliquement de haut en bas, et de dehors en dedans. La partie interne de cette bande était un peu plus large que l'externe; la pupille oblitérée représentait une ligne noire parallèle à la bande. La vision était complètement abolie.

Les nos 1, 2, 3, 4, indiquent les mêmes objets que dans la figure précédente.

FIGURE 9.

Décollement de la partie inférieure de l'iris; suite de l'opération de la cataracte par extraction. (Observé sur un homme de cinquante-huit ans. Consultation publique de l'Hôtel-Dieu, 1811.)

La cicatrice de la cornée était peu marquée; l'iris, décollé à sa partie inférieure, laissait apercevoir entre lui et la cornée le fond de l'œil, qui représentait un croissant noir. La pupille était déformée et allongée transversalement; la vision presque entièrement abolie.

Les nos 1, 2, 3, 4, indiquent les mêmes objets que dans la figure 7.

FIGURE 10.

Adhérence de l'iris à la cornée et déformation de la pupille : suite de l'opération de la cataracte par extraction. (Observée au Hâvre sur l'œil droit d'un homme de soixante-dix ans, opéré de la cataracte depuis plusieurs années, 1816.) La vision était très-imparfaite.

N° 1. La sclérotique. — 2. La cornée, et derrière elle l'iris. — 3. Point d'adhérence de l'iris à la cornée transparente. — 4. La pupille déformée.

FIGURE 11.

Autre adhérence de l'iris à la cornée : suite de l'opération de la cataracte par extraction. (Observée sur l'œil droit d'un vieillard opéré depuis deux ans. Consultation publique de l'hôpital Saint-Louis, 1823.)

La vision était complètement abolie du côté droit. L'œil gauche avait été opéré par abaissement, et le malade y voyait assez pour se conduire.

Les n°s 1, 2, 3, 4, indiquent les mêmes objets que dans la figure 7.

FIGURE 12.

Déformation de la pupille : suite de l'opération de la cataracte par abaissement. (Observée sur un homme de quarante-cinq ans opéré depuis six mois. Consultation publique de l'hospice de Perfectionnement, 1817.)

Ce malade était tourmenté depuis plusieurs années de symptômes généraux de syphilis, pour laquelle il n'avait subi que des traitemens incomplets. La pupille était rétrécie en haut et en bas, et au premier aspect on aurait pensé qu'il y avait deux pupilles latéralement accolées. J'ai vu plusieurs malades affectés d'iritis syphilitique avec une semblable déformation de la pupille.

N° 1. La sclérotique. — 2. La cornée, et derrière l'iris. — 3. La pupille déformée.

FIGURE 13.

Hypertrophie du crystallin cataracté de l'œil droit. (Observée sur le cadavre d'un jeune homme. Pavillons de l'Ecole-Pratique, 1815.)

Le globe de l'œil n'offrait aucune altération extérieure, à l'exception d'une saillie plus considérable de la cornée transparente. L'iris était fortement poussé en avant par le crystallin, qui faisait saillie à travers la pupille et touchait la face postérieure de la cornée. Le crystallin était opaque et changé en une matière blanche, friable, semblable à celle qu'on trouve dans les tubercules à l'état de crudité. La capsule crystalline était opaque, surtout à sa lame postérieure ; en avant elle adhérait à la

face postérieure de l'iris qui était fort saillant en avant. Les autres parties de l'œil n'offraient aucune altération.

L'œil est représenté fendu verticalement et vu par sa face interne; l'iris a été conservé intact, tel qu'il adhérait au crystallin.

N° 1. Coupe des membranes extérieures de l'œil. — 2. Coupe du nerf optique et artère centrale de la rétine. — 3. Le corps vitré, mis à découvert par la section de l'œil. — 4. Face postérieure du crystallin. — 5. L'iris. — 6. Face antérieure du crystallin de forme conique, passant à travers la pupille. — 7. La cornée transparente.

FIGURE 14.

Cataractes opérées par abaissement. Yeux disséqués deux ans après l'opération. (Observation faite sur le cadavre d'une femme de soixante ans. Hôpital Saint-Louis, 1824.)

Le crystallin de l'œil droit, encore enveloppé de sa capsule, avait conservé son volume naturel, et se trouvait couché à plat dans la partie antérieure et inférieure du corps vitré, derrière l'iris.

Du côté gauche, la pupille était déformée et bouchée par des fausses membranes blanches, étendues en rayons à la face postérieure de l'iris à laquelle elles adhéraient. Le crystallin privé de sa capsule membraneuse était blanc, atrophié, et réduit à un noyau ayant au plus le tiers de son volume naturel (1). La figure 14 représente l'œil droit, vu de profil et fendu verticalement.

N° 1. Coupe des membranes de l'œil. — 2. Coupe du nerf optique et artère centrale de la rétine. — 3. Coupe de la cornée transparente. — 4. La chambre antérieure de l'œil. — 5. Coupe de l'iris passant par le centre de la pupille. — 6. Le crystallin. — 7. Le corps vitré.

---

(1) M. Sœmmerring fils m'a fait voir à Francfort, en 1822, l'œil d'un vieillard de quatre-vingt-six ans, opéré de la cataracte par abaissement treize mois avant sa mort. Le crystallin, placé à la partie inférieure du corps vitré, n'avait pas sensiblement diminué de volume. La partie postérieure de l'iris était couverte d'une fausse membrane blanchâtre. La capsule avait été déchirée, et il n'en restait plus que quelques lambeaux flottans et adhérens aux bords de la pupille. Cette dernière était bouchée par une fausse membrane très-légère. La vue ne s'était pas parfaitement rétablie.

Le même chirurgien me montra deux yeux provenant d'une femme de soixante-treize ans, opérée de la cataracte trois ans avant sa mort. L'un des crystallins était entièrement absorbé; l'autre n'avait point diminué de volume. Je pense que dans ce dernier la capsule n'avait point été ouverte. On peut suivre, en effet, de jour en jour les phénomènes de l'absorption du cristallin cataracté, lorsque privé de sa capsule, il est tombé accidentellement dans la chambre antérieure de l'œil; mais lorsqu'il est encore entouré de son enveloppe capsulaire, il agit le plus souvent comme corps étranger, détermine l'inflammation de l'œil, et rend ordinairement nécessaire son extraction par une incision faite à la cornée. J'ai été à même de pratiquer deux fois cette opération pour de semblables cas.

FIGURE 15.

Elle représente l'œil gauche de la femme dont il est fait mention dans l'observation de la figure 14. L'œil a été fendu transversalement, et son segment antérieur est vu par sa face interne.

N° 1. Coupe des membranes de l'œil. — 2. Face interne de la choroïde et procès ciliaires. — 3. Portion de la face postérieure de l'iris, visible dans l'intervalle que laissent entre eux les prolongemens de la fausse membrane. — 4, 4, 4, 4. La fausse membrane. — 5. Le crystallin absorbé en grande partie.

FIGURE 16.

Fausse membrane bouchant toute la partie inférieure de la pupille, et survenue après l'opération de la cataracte par extraction. (Observée dix-huit ans après l'opération, sur une femme de quatre-vingts ans. Hospice de Mont-Rouge, 1812.)

La cornée portait encore sur chaque œil la cicatrice de l'incision faite par l'opération. La vue était rétablie incomplètement à droite; à gauche elle était abolie, et la pupille était bouchée dans ses quatre cinquièmes inférieurs par un corps blanc, arrondi, que je pris d'abord pour le crystallin, pensant qu'il n'avait pas été extrait. L'œil droit n'offrait aucune altération. L'œil gauche présentait à sa face postérieure une fausse membrane, large, épaisse, opaque, qui adhérait à toute la partie inférieure de la choroïde, et s'étendait sur la face postérieure de l'iris, qu'elle recouvrait presque entièrement; elle était formée de faisceaux qui convergeaient et se réunissaient à la partie la plus épaisse de cette membrane, placée derrière la pupille; et c'est cette partie qu'on pouvait facilement prendre pendant la vie pour un crystallin cataracté.

L'œil est coupé verticalement dans le sens transversal, et vu par la face interne de son segment antérieur.

N° 1. Coupe des membranes de l'œil. — 2. Face interne de la choroïde et procès ciliaires. — 3. Face postérieure de l'iris. — 4, 4. La fausse membrane. — 5. Endroit où la fausse membrane avait le plus d'épaisseur et bouchait la pupille.

FIGURE 17.

Ectropion considérable, suite d'ulcérations vénériennes. (Observé chez un homme âgé d'environ cinquante ans. Hôpital Saint-Louis, 1828.)

Chez ce malade le visage était couvert de cicatrices provenant d'ulcérations vénériennes dont quelques-unes n'étaient point encore fermées. Du côté droit, la paupière inférieure était renversée sur la joue, et son bord libre était distant d'un demi-pouce du globe de l'œil. Du côté gauche le renversement était bien plus considérable; la paupière était renversée et entraînée jusqu'à la partie externe de la lèvre supérieure. Le cartilage tarse n'avait point été détruit, mais élargi, et

formait dans cet endroit une légère saillie blanchâtre, courbée, de laquelle provenaient les cils. Toute la joue, depuis le globe de l'œil jusqu'à cette saillie, était recouverte par la membrane conjonctive, laquelle était rouge, villeuse, humectée par les larmes, et dans un état manifeste d'inflammation chronique. Elle n'avait pas pris l'apparence de la peau, comme cela s'observe pour d'autres membranes muqueuses exposées long-temps au contact de l'air, pour celle du vagin en particulier.

N° 1. L'ectropion de la paupière inférieure droite. — 2. La conjonctive recouvrant la joue gauche. — 3. Le cartilage tarse et le bord libre de la paupière inférieure adhérent à une cicatrice de la lèvre supérieure.

FIGURE 18.

Cancer du grand nerf sciatique du côté droit. (Trouvé sur le cadavre d'un vieillard. Pavillons de l'Ecole-Pratique, 1816.)

La tumeur, située dans le nerf sciatique, immédiatement au-dessous du muscle carré de la cuisse, était oblongue, irrégulière, bosselée : assez ferme dans quelques-unes de ses parties, elle était molle, et offrait un sentiment obscur de fluctuation dans d'autres; sa couleur était d'un rouge brunâtre, et sa surface parsemée de vaisseaux capillaires injectés. Elle était unie aux parties voisines par un tissu cellulaire abondant. Quelques filets postérieurs du nerf sciatique passaient derrière la tumeur et se trouvaient écartés à son niveau, mais sans offrir d'altération sensible dans leur organisation; tous les autres étaient épanouis et se perdaient dans son tissu, avec lequel ils se confondaient entièrement. Cette tumeur ayant été fendue dans toute sa longueur, il s'en écoula à peu près une demi-cuillerée d'une sérosité rougeâtre. Elle était formée à l'intérieur par du tissu squirrheux et de la matière encéphaloïde mêlés, ce qui lui donnait une apparence marbrée. Des vaisseaux variqueux, injectés de sang, parcouraient son épaisseur dans diverses directions, et se déchiraient avec beaucoup de facilité. A l'extérieur elle était revêtue d'une enveloppe fibro-celluleuse entièrement confondue en dedans avec le tissu cancéreux. Dans la figure 18, la tumeur est intacte et vue par derrière.

N[os] 1 et 2. Le nerf sciatique au-dessus et au-dessous de — 3. la tumeur. — 4. Filets du nerf aplatis et écartés, passant derrière la tumeur. — 5, 5, 5. Vaisseaux qui rampent à l'extérieur.

FIGURE 19.

La tumeur de la figure précédente, vue par-devant, et fendue dans toute son épaisseur.

N[os] 1 et 2. Le nerf sciatique au-dessus et au-dessous de la tumeur. — 3, 3. La tumeur ouverte. — 4, 4. Filets du nerf sciatique, épanouis, et se confondant avec le tissu cancéreux. — 5, 5. Vaisseaux variqueux qui rampent dans le tissu de la tumeur.

FIGURE 20.

Renflement du nerf médian et oblitération de l'artère humérale ; suite de l'amputation du bras. (Disséqué à l'hôpital Saint-Louis, sur le cadavre d'un homme âgé de quarante ans, qui avait subi l'amputation depuis plusieurs années, 1825.)

L'artère est ouverte à sa partie inférieure, et le cordon fibro-celluleux qui la termine adhère au renflement olivaire de l'extrémité du nerf.

N° 1. Partie du nerf médian. — 2. Renflement de l'extrémité tronquée du même nerf. — 3. L'artère brachiale. — 4. Cavité de l'artère précédente fendue longitudinalement. — 5. Petit caillot fibrineux qui se remarque au fond du cul-de-sac conique que forme la cavité de l'artère au point de son oblitération. — 6. Filament fibreux plein, formé par l'artère atrophiée, oblitérée et adhérent au tubercule olivaire du nerf médian.

PLANCHE XI.

FIGURE 1.

Cas rare d'étranglement d'une hernie crurale. (Observation recueillie à l'hôpital Saint-Antoine, par M. Bompard fils.)

« La femme Bécassaux jardinière, âgée de soixante-neuf ans, d'une taille petite, mais d'une constitution forte, s'était présentée plusieurs fois à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, pour obtenir un bandage destiné à contenir une hernie crurale qu'elle portait du côté droit : les formalités administratives l'ayant rebutée, elle négligea cette hernie et resta six années sans la contenir par aucun moyen : nul accident ne se développa pendant tout cet espace de temps. Le 2 juillet 1831, des désordres graves, des coliques violentes, la dureté du ventre, la rétention des matières fécales, les vomissemens abondans et multipliés des mêmes matières, indiquèrent un étranglement, et la malade fut reçue à l'hôpital. La tumeur présentait un volume médiocre ; sa longueur était de deux pouces : étendue de l'arcade crurale en dehors et en haut, au-devant du pilier inférieur de l'anneau inguinal, elle était dure, tendue, arrondie et plus volumineuse à sa partie interne, plus étroite et bosselée à son extrémité externe. Les essais du taxis donnèrent lieu à de vives douleurs, et ils ne furent pratiqués qu'avec beaucoup de ménagemens. La peau, parfaitement saine, n'offrait aucune trace d'inflammation ; les accidens duraient depuis vingt-quatre heures. M. J. Cloquet se décide à opérer : une incision faite aux tégumens de haut en bas et de dedans en dehors, divise la peau sur la tumeur; le sac, ouvert à sa partie antérieure, laisse écouler une quantité considérable de sérosité citrine, et sa

cavité, mise à nu, paraît close de toutes parts comme celle d'une membrane séreuse. La portion étranglée du canal intestinal est arrondie, lisse, légèrement injectée et semble formée par une portion du gros intestin, dont l'extrémité externe se continue avec une masse irrégulière, fibreuse, qui renferme quelques pelotons adipeux et paraît appartenir à l'épiploon dégénéré. Le sac adhère à cette masse fibro-celluleuse, mais il est libre tout autour de l'intestin, dont la disposition dans le sac herniaire, ressemblait parfaitement à celle du testicule dans la tunique vaginale.— Quelques lames fibreuses très-denses du *fascia superficialis* qui comprimaient l'intestin, furent incisées; le prolongement fibreux, résultat de la transformation de l'épiploon, fut détaché avec soin des parties avec lesquelles il adhérait, et le ligament de Gimbernat fut convenablement débridé; rien ne paraissait devoir s'opposer à la rentrée de l'intestin, ou au moins à la cessation de l'étranglement, mais celui-ci persistait : une dissection soignée permit d'acquérir la certitude que la lame séreuse formant le sac, s'était unie à la lame du péritoine tapissant l'intestin et que leur réunion avait donné lieu à la formation d'une gaîne fibreuse excessivement dense, laquelle produisait l'étranglement. Celle-ci fut donc incisée suivant l'axe de l'ouverture, mais l'adhérence intime de l'intestin à toute la surface de cette gaîne fibreuse rendit l'incision insuffisante; il fallut, soulevant à droite et à gauche cette lame presque aponévrotique, la disséquer et l'isoler des fibres de la tunique musculaire de l'intestin. Les lambeaux résultant de cette incision furent excisés; la tunique moyenne de l'intestin put s'étendre, et en même temps un gargouillement et la diminution de la tension et de la dureté de la tumeur, annoncèrent la cessation de l'étranglement. La réduction de la portion herniée ne devenait possible dès-lors qu'en faisant circulairement au péritoine une ouverture égale à la circonférence de la base de la hernie et en repoussant dans la cavité abdominale une portion d'intestin dépourvue de son enveloppe séreuse dans une assez grande étendue. M. Cloquet jugea plus convenable de laisser la portion d'intestin herniée hors de l'arcade où elle avait pu rester six ans sans accidens. Les causes d'étranglement étaient détruites complètement, la cavité abdominale n'avait pas été ouverte ; la plaie fut immédiatement réunie par trois aiguilles.

Cette opération fut faite le 3 juillet; des lavemens laxatifs sont prescrits : point de douleurs dans la journée; développement de gaz dans les intestins, ballonnement du ventre; évacuation dans la soirée ; état moral excellent.

Le 4 juillet, état satisfaisant, pouls légèrement accéléré : constipation. (*Eau de Sedlitz.*) Deux évacuations : la plaie offre un bon aspect.

Le 5, pouls légèrement fébrile, langue sèche ; la tumeur, légèrement gonflée, présente une rougeur blafarde, non phlegmoneuse ; la plaie est réunie à toute sa partie moyenne, mais, aux deux commissures, des ouvertures laissent échapper une sérosité

sanguinolente. (*Les aiguilles sont retirées : cataplasme émollient sur la tumeur, bouillon de veau, lavemens simples.*) Evacuations le soir.

Le 6, pouls plus faible et fréquent, langue sèche. Les lèvres de la plaie sont écartées, un pus mal lié s'en écoule : sensation de faim; ni douleur, ni ballonnement, ni météorisme dans l'abdomen, qui est insensible à la pression. (*Bouillon, fécule légère.*)

Le 7, moral très-affaibli; vomiturations de matières liquides, jaunâtres; évacuations abondantes de matières fécales; langue sèche, pouls imperceptible, très-lent : sueur gluante, extrémités froides : douleurs vives, ballonnement dans le ventre : tuméfaction de la tumeur, indices de sphacèle à sa surface, teinte jaune fauve du tissu cellulaire, point de suintement à la surface de la plaie. (Vingt-cinq sangsues sur le ventre, cataplasme sur la tumeur.) Mort une heure après la visite.

Nécropsie, 24 heures après la mort. Une vive inflammation occupe toute la tumeur et ses environs; plusieurs points du tissu cellulaire sont sphacelés; l'intestin est adhérent au sac dans une grande étendue, mais à la partie inférieure il en est séparé par un petit amas de pus, et paraît médiocrement enflammé. La portion herniée était formée par un diverticule long de dix-huit à vingt lignes, ayant une largeur d'un pouce à peu près et venant de la portion de l'intestin grêle qui est voisine du cœcum. La paroi de l'intestin opposée au diverticulum s'étant portée, sous forme d'éperon, vers l'orifice de celui-ci, s'y était engagée avec son mésentère, et s'y était étranglée de manière à empêcher complètement le cours des matières vers le gros intestin. La cavité abdominale présentait les traces de la plus violente péritonite. Le péritoine, *à peine humide*, offrait à toute sa surface cette multitude d'admirables arborisations que l'on observe dans les premières périodes des inflammations sur-aiguës des séreuses : entre les anses intestinales se trouvait en petite quantité une bouillie jaunâtre, et la même substance se rencontrait dans les intestins grêles : son passage dans la cavité péritonéale avait eu lieu à travers de petites perforations ulcéreuses, placées circulairement sur le bout supérieur de l'intestin, au-dessus de l'endroit où il avait été étranglé dans l'appendice, et dues sans doute à la rétention des matières. Ces ulcérations offraient des degrés divers qui permettaient en quelque sorte d'étudier leurs progrès : les moins avancées occupaient la portion supérieure de la circonférence de l'intestin; elles n'altéraient la muqueuse que dans une partie de son épaisseur, et leur surface offrait une disposition analogue à celle de la membrane qui tapisse l'intérieur de la vésicule bilaire; celles plus avancées avaient détruit toute la muqueuse, et une partie de la tunique musculaire; elles ressemblaient à une dentelle très-fine, sans aucune coloration : enfin celles seulement qui atteignaient la séreuse, et celles qui étaient arrivées au point de produire la perforation complète, étaient entourées d'une auréole bleuâtre, due à l'injection du tissu cellulaire sous-

séreux : une teinte noirâtre indiquait à l'extérieur les parties de l'intestin et du mésentère correspondant qui avaient été soumis à l'étranglement.

La figure 1 représente l'anse intestinale et son appendice entièrement séparées des parties voisines auxquelles elles adhéraient et telles qu'elles devaient être avant l'étranglement.

N° 1. Extrémité supérieure et — 2. extrémité inférieure de l'anse intestinale. — 3. Portion du mésentère. — 4, 4. Teinte noirâtre indiquant les endroits qui avaient subi l'étranglement; elle s'étend sur les deux bouts de l'intestin, l'appendice et — 5. la partie du mésentère qui s'insère immédiatement à l'intestin. — 6. L'appendice. — 7. Petites perforations du bout supérieur de l'anse intestinale, immédiatement au-dessus de l'étranglement.

FIGURE 2.

Elle représente la pièce précédente, l'appendice étant encore renfermé dans le sac herniaire, et la paroi mésentérique de l'intestin s'y étant engagée avec la partie correspondante du mésentère, pour produire l'interruption de la cavité intestinale et l'étranglement. Le sac herniaire et l'anneau aponévrotique qui adhérait à la base de l'appendice, sont ouverts et renversés en dehors : la cavité de l'intestin et celle de l'appendice sont également mises à découvert pour rendre visible le mécanisme de cet étranglement.

N° 1. Extrémité supérieure et — 2. extrémité inférieure de l'anse intestinale. — 3. Portion du mésentère. — 4. Cavité du bout supérieur, et — 5. cavité du bout inférieur de l'intestin. — 6. Cavité de l'appendice. — 7. La paroi mésentérique de l'intestin poussée dans la cavité de l'appendice et s'y trouvant étranglée. — 8. Petite portion du mésentère accompagnant la paroi précédente de l'intestin, et soumise également à l'étranglement. — 9, 9. Bande fibreuse du collet du sac détachée de l'appendice et renversée en dehors.—10. La cavité du sac herniaire.—11. Partie de la surface externe du sac.

FIGURE 3.

Ramollissement de la tête du fémur et déformation de la cavité cotyloïde. (Observé sur le cadavre d'une femme âgée d'environ soixante ans. Pavillons de l'Ecole-Pratique, 1818.)

La tête du fémur était déformée et paraissait avoir été brisée en deux portions principales, à peu près comme dans le cas que j'ai présenté avec Béclard, en 1816, à l'ancienne Société de la Faculté de Médecine : des deux portions de la tête, l'une plus volumineuse, était plus basse que l'autre, qui était restée adhérente au col du fémur et se trouvait entourée de productions osseuses stalactiformes. Le ligament inter-articulaire avait disparu; la cavité cotyloïde se trouvait élargie, plus élevée

que de l'autre côté et entourée de saillies osseuses irrégulières : le membre était raccourci et la pointe du pied dirigée en dehors, comme dans la fracture du col du fémur.

N° 1. La crête iliaque. — 2. Fosse iliaque interne. — 3. Le pubis. — 4. La tubérosité de l'ischion. — 5. Trou sous-pubien. — 6. Cavité cotyloïde élargie et refoulée en haut. — 7. Le corps du fémur. — 8. Portion inférieure de la tête du fémur, élargie, aplatie et comme écrasée. — 9. Autre portion de la tête du fémur restant adhérente au — 10. col du fémur.

FIGURE 4.

Fracture du col du fémur gauche : fausse articulation formée entre le col et la tête qui est restée mobile dans la cavité cotyloïde. (Pièce trouvée sur le cadavre d'une femme de soixante ans. Pavillons de l'Ecole-Pratique, 1816.)

L'extrémité fracturée du col du fémur est rétrécie, arrondie, et recouverte d'une substance fibro-cartilagineuse. Elle est reçue dans une cavité assez profonde, également encroûtée de cartilage que lui offre la tête de l'os, pour former avec elle la fausse articulation. On ne peut distinguer de membrane synoviale sur les incrustations de ces surfaces osseuses. Le ligament rond semble s'être retiré sur lui-même, et est plus court et plus gros que dans l'état naturel. Le ligament capsulaire est plus épais que celui de l'autre côté : il n'y a qu'un léger raccourcissement du membre.

N° 1. La crête iliaque. — 2. Le pubis. — 3. La tubérosité ischiatique. — 4. Le trou sous-pubien. — 5. Le ligament cotyloïdien. — 6. Partie inférieure de la tête du fémur. — 7. Cavité centrale que présente la tête du fémur à la partie correspondante du col. — 8, 8. Portions du ligament capsulaire. — 9. Le corps du fémur. — 10. Extrémité fracturée du col qui était reçue dans la cavité de la tête.

FIGURE 5.

Luxation du fémur gauche, en haut et un peu en dehors. (Pièce trouvée sur le cadavre d'une femme de trente ans. Pavillons de l'Ecole-Pratique, 1816.)

Le membre luxé était plus court, la fesse correspondante plus saillante, le pied et le genou tournés en dedans : la cavité cotyloïde, de forme triangulaire, était considérablement rétrécie et entièrement remplie de tissu cellulaire graisseux. Le ligament cotyloïdien était membraneux et manifestement atrophié. Le cartilage d'incrustation de la cavité cotyloïde avait disparu. Le ligament capsulaire, tendu au-devant de cette cavité, embrassait le col du fémur et paraissait avoir été déchiré à sa partie supérieure. Il existait une nouvelle cavité articulaire, encroûtée d'une lame de fibro-cartilage, et située à la partie antérieure de la fosse iliaque externe, en haut et un peu en arrière de la cavité cotyloïde. La cavité de cette nouvelle surface articulaire, était augmentée par la présence, à sa circonférence, d'un fibro-cartilage semblable pour la consistance et l'apparence à ceux de l'articulation du genou. Ce

fibro-cartilage se continuait avec un ligament capsulaire anormal qui embrassait la tête du fémur ainsi que son col, et qui, vers ce dernier, se réunissait à l'ancien ligament capsulaire de l'articulation; il en résultait que la cavité cotyloïde et la nouvelle cavité articulaire, communiquaient manifestement l'une avec l'autre. Le nouveau ligament capsulaire était formé par du tissu cellulaire condensé et par des fibres du muscle petit fessier, qui devenaient insensiblement blanches, fibreuses à mesure qu'elles se rapprochaient de la tête du fémur. Cette dernière était inégale, petite, déformée; sa cavité, pour le ligament inter-articulaire, avait disparu, et son cartilage d'incrustation était usé dans quelques endroits.

N° 1. La crête iliaque. — 2. Le pubis. — 3. La tubérosité de l'ischion. — 5. La cavité cotyloïde. — 6. La nouvelle cavité articulaire. — 7, 7. Le ligament capsulaire anormal incisé, et se continuant avec la capsule fibreuse naturelle. — 8. La tête du fémur.

FIGURE 6.

Cas supposé de fracture du corps du fémur, pour démontrer l'action des principaux muscles dans le déplacement des fragmens. Ces muscles sont représentés par des cordes tendues entre leurs points d'insertion. La fracture est supposée s'être opérée à l'union du tiers supérieur de l'os avec ses deux tiers inférieurs.

N° 1. Endroit où s'est opérée la fracture. — 2. Fragment supérieur, et — 3. fragment inférieur de l'os. — 4, 4. Corde représentant le muscle triceps fémoral, qui s'insère aux deux fragmens. — 5, 6, 7. Cordes représentant l'action des muscles psoas, iliaque et moyen fessier, qui s'insèrent au fragment supérieur, et viennent des os qui sont au-dessus. — 8. Corde indiquant l'action du muscle grand adducteur se portant des os du bassin au fragment inférieur. — 9. Corde représentant l'action des muscles qui se portent des os du bassin à ceux de la jambe ou placés au-dessous du fragment inférieur. — 10. Corde indiquant l'action des muscles qui s'insèrent au fragment inférieur et aux os situés au-dessous.

FIGURES 7, 8, 9, 10.

Ces quatre figures sont destinées à présenter comparativement les différences de longueur et de rotation qu'offre le membre inférieur dans les quatre principales espèces de luxation de la tête du fémur.

Dans la figure 7 le bassin est représenté avec les deux membres inférieurs. Celui du côté droit est dans l'état naturel, afin de servir de point de comparaison à celui du côté gauche qui est luxé en haut et en avant, ainsi qu'aux trois autres fig. 8, 9, 10.

Les bassins de ces différentes figures sont mis sur le même niveau. Une ligne horizontale passe par les surfaces articulaires du genou du membre sain, et se prolonge sur les membres luxés, afin de faire voir leur allongement ou leur raccour-

cissement suivant le sens du déplacement : la direction de la pointe du pied indique suffisamment dans chaque figure le sens de la rotation du membre dans telle ou telle espèce de luxation.

Figure 1. N°s 1, 1. Le membre droit dans l'état sain. — 2, 2. Ligne horizontale passant par l'articulation du genou du membre précédent. — 3. *Le fémur gauche luxé en haut et en dedans.* — 4. La ligne horizontale passant au-dessous du genou, à cause du raccourcissement du membre. — 5. Le pied tourné dans la rotation en dehors.

Figure 8. *Le fémur gauche luxé en bas et en dedans.* — 2. La ligne horizontale passant au-dessus de l'articulation du genou à raison de l'allongement du membre. — 3. Le pied tourné dans la rotation en dehors.

Figure 9. N° 1. *Le fémur gauche luxé en haut et en dehors.* — 2. La ligne horizontale passant au-dessous de l'articulation du genou à raison du raccourcissement du membre. — 3. Le pied tourné dans la rotation en dedans.

Figure 10. N° 1. *Le fémur luxé en bas et en dehors.* — 2. Le pied tourné dans la rotation en dedans. — 3. La ligne horizontale passant au-dessus de l'articulation du genou à cause de l'allongement du membre.

FIGURE 11.

Elle représente : 1° la position de la tête du fémur dans la luxation de cet os en haut et en dedans ; 2° l'état et les rapports dans lesquels se trouve alors le ligament capsulaire rompu à sa partie antérieure et supérieure. Ce dessin a été fait, ainsi que celui de la figure 12, par mon élève M. Dauvergne, d'après des pièces naturelles sur lesquelles j'avais opéré des luxations, après avoir aminci la partie du ligament capsulaire par laquelle devait sortir la tête de l'os (côté droit).

N° 1. La crête iliaque. — 2. La fosse iliaque externe. — 3. Le pubis. — 4. L'ischion. — 5. La tête du fémur sortie par la déchirure du ligament capsulaire. — 6. Le col du fémur embrassé par — 7, 7. les bords de l'ouverture du ligament capsulaire qui le brident et le retiennent solidement en arrière. — 8. Le grand trochanter tourné dans la rotation en dehors, et n'étant séparé de la cavité cotyloïde vide, que par la portion non rompue du ligament capsulaire. — 9. Insertion du ligament précédent au pourtour de la cavité cotyloïde.

FIGURE 12.

Elle représente 1° la position de la tête du fémur dans la luxation de cet os en haut et en arrière; 2° l'état et les rapports dans lesquels se trouve le ligament capsulaire rompu à sa partie postérieure et supérieure.

N° 1. La crête iliaque. — 2. Le pubis. — 3. Le trou sous-pubien. — 4. La tubérosité de l'ischion. — 5. La tête du fémur luxée en haut et en arrière dans la fosse iliaque externe. — 6. Partie antérieure du ligament capsulaire, non rompue, et se

portant comme une large bride de la cavité cotyloïde à la partie antérieure de la base du col du fémur qu'elle tire en dedans, de manière à maintenir la rotation du membre dans ce sens. — 7. Le grand trochanter tourné dans la rotation en avant et en dedans.

PLANCHE XII.

FIGURE 1.

Changement de forme et de position de l'estomac. (Observé sur le cadavre d'une femme âgée d'environ cinquante ans, venant de l'hôpital Saint-Antoine. Pavillons de l'Ecole-Pratique, 1816.)

Chez cette femme l'abdomen était très-retréci en haut et très-large en bas. L'estomac, distendu par des gaz, avaient quatorze pouces de longueur; il était verticalement placé et occupait toute la partie latérale gauche et antérieure de l'abdomen. Son extrémité cardiaque soulevait le diaphragme, tandisque sa grande courbure s'introduisait dans le détroit supérieur du bassin derrière la vessie. Le pylore se recourbait pour se continuer avec le duodénum, lequel occupait la fosse iliaque droite. Toutes les veines de l'estomac, spécialement celles de la grande courbure, étaient variqueuses; l'épiploon gastro-hépatique avait une grande étendue. Le colon transverse et l'épiploon étaient placés derrière l'estomac. L'intestin grêle était situé dans l'excavation du petit bassin, dont l'étendue était considérable; la paroi inférieure de cette excavation était fort déprimée et faisait, du côté du périnée, une saillie remarquable. Le foie sain, mais fort allongé, descendait jusque dans la fosse iliaque droite en dehors du duodénum. La vessie était distendue par une grande quantité d'urine. Les parois du pylore avaient cinq lignes d'épaisseur; elles étaient squirrheuses, et la dégénéressence n'intéressait que les tuniques charnue et péritonéale: la membrane muqueuse était saine, seulement elle avait une couleur grisâtre. Les parois de l'estomac étaient assez épaisses, mais se déchiraient avec une extrême facilité. Tous les autres organes étaient sains.

N°s 1, 1. Les parois abdominales, incisées et renversées.—2, 2. Le foie.—3, 3. Extrémité cardiaque, et — 4. grande courbure de l'estomac. — 5. Veines gastro-épiploïques droites injectées par le sang. — 6. Petite courbure de l'estomac. — 7. Epiploon gastro-hépatique. — 8. Vésicule du fiel. — 9. Le pylore. — 10. Commencement du duodénum. — 11. Circonvolutions de l'intestin grêle. — 12. La vessie urinaire distendue.

FIGURE 2.

Tumeur fibro-cartilagineuse du sternum : ablation; guérison. (Observation recueillie par M. Bompard fils, élève interne des hôpitaux.)

Besnier, âgé de dix-neuf ans, laboureur, portait sur la partie antérieure de la poitrine une tumeur grosse comme une moitié de tête d'adulte. Cette tumeur avait commencé à se développer depuis sept ou huit ans; mais les renseignemens fournis ne donnaient rien de satisfaisant sur son origine ou sur les causes qui avaient pu la produire. La gêne qu'elle causait au malade dans les mouvemens pénibles nécessités par la nature de ses travaux, lui en firent désirer l'ablation : il fut consulter M. le professeur Dubois, qui, jugeant l'opération nécessaire, envoya le malade à M. Cloquet. Besnier fut reçu à l'hôpital Saint-Antoine.

La tumeur s'étendait en haut, un peu au-delà du bord supérieur du sternum, de telle façon que les faisceaux sternaux des muscles sterno-mastoïdiens y prenaient insertion ; en bas elle descendait à deux pouces de la base de l'appendice xiphoïde; sur les côtés elle dépassait les bords du sternum, et recevait en avant les insertions des grands pectoraux : moins étendue à gauche, elle avait envahi à droite toute la face antérieure des deuxième, troisième et quatrième vraies côtes. Sa face libre, dirigée en avant, formait une saillie bien plus considérable en haut; elle était bosselée, irrégulière, et présentait des mamelons saillans, séparés par des sillons enfoncés; les mamelons à leur base, étaient durs, paraissaient osseux; mais à leurs sommets ils se laissaient déprimer comme s'ils eussent été remplis d'une substance molle et fluctuante : le mouvement imprimé à cette substance dans l'un des mamelons n'était pas perceptible sur les autres. La face adhérente de la tumeur formait une large base, unie au sternum et aux cartilages de prolongement des côtes droites, sans que l'on pût exactement déterminer par quel moyen cette adhérence avait lieu. M. Cloquet s'attendit à une continuité entre la substance du sternum et celle de la tumeur, et arrêta le plan de son opération. Le malade ayant voulu quitter l'hôpital, préféra retourner à Seine-Port son pays : quelque temps après, il fit appeler M. Cloquet pour le débarrasser de sa tumeur, et j'assistai comme aide à l'opération, qui fut pratiquée le 16 juillet 1831, en présence de M. le docteur Fantin, médecin ordinaire du malade, de MM. les docteurs Gillet de Melun, Petit père et fils de Corbeil, Creté père et fils de Seine-Port, et de plusieurs autres chirurgiens qui avaient été convoqués.

Deux incisions courbes et verticales, réunies par leurs extrémités, circonscrivirent sur la face antérieure de la tumeur une portion elliptique de peau qui devait être emportée avec elle; de la partie moyenne de chacune de ces incisions, les tégumens furent encore divisés transversalement jusqu'à la base de la tumeur et les quatre lambeaux disséqués de chaque côté de cette masse : les insertions des grands pectoraux en furent détachées latéralement; celles des sterno-mastoïdiens en furent séparées en

haut, et, dans ce sens, une dissection délicate dut être faite, car la tumeur adhérait par sa partie la plus élevée, à la trachée-artère, et sous les clavicules, elle se prolongeait jusqu'au voisinage des artères sous-clavières. Après cette dissection, la tumeur se trouva découverte jusqu'à sa base; on voyait à la place des mamelons, des ouvertures d'où s'échappait une matière demi-fluide, gélatiniforme, semblable à une forte décoction d'amidon; mais le reste de la surface offrait l'aspect d'un tissu fibro-cartagineux très-dense. Toute la base de la tumeur étant bien dégagée, quelques tentatives furent faites pour la basculer avec une énorme airigne fabriquée pour cette opération, et avec laquelle on accrochait cette masse fibro-cartilagineuse. La continuité du tissu de la tumeur avec celui du sternum n'étant plus douteuse, M. Cloquet résolut de la séparer avec la scie à chaînette; il fit avec celle-ci une anse dont il entoura la partie supérieure de la base de la tumeur; puis en faisant agir l'instrument avec précision et méthode, il parvint à séparer par un trait de scie vertical une très-grande partie de la tumeur; mais il en restait encore sur le sternum et au-devant des cartilages de prolongement des côtes droites, une portion assez volumineuse qu'il enleva en sculptant la face antérieure de la poitrine avec une large gouge, très-mince et fort tranchante, sur le manche de laquelle il frappait avec la paume de la main.

Pendant cette partie pénible de l'opération, toutes les précautions furent prises pour que la percussion violente des parois du thorax ne déterminât pas de lésions graves dans les viscères de cette cavité. La tumeur envoyait entre la clavicule et la première côte gauche, un prolongement conique, qui refoulait en arrière la veine et l'artère sous-clavières. M. Cloquet passa avec précaution la concavité de la gouge sous ce prolongement, et parvint à le faire basculer en bas et en dedans, en se servant de l'instrument à la manière d'un levier. On sentit alors très-distinctement la pulsation de l'artère sous-clavière au fond de la plaie. Quand toute la tumeur parut avoir été enlevée, l'opérateur détruisit, avec un couteau en serpe, toutes les aspérités que pouvait offrir la surface de la section, qui présentait l'aspect d'une substance fibro-cartilagineuse au milieu de laquelle existaient des productions ossiformes; de nombreux vaisseaux s'y ramifiaient, et leurs extrémités coupées fournissaient du sang qui suintait en nappe, en formant une légère hémorrhagie qui s'arrêta bientôt. Les lambeaux des tégumens se joignaient avec une parfaite exactitude; ils furent rabattus sur la partie dénudée, et maintenus en contact par quelques bandelettes agglutinatives, au-dessus desquelles des plaques d'agaric et des gâteaux de charpie furent maintenus par un bandage. Le malade, qui avait supporté avec courage cette douloureuse opération, fut dès ce moment confié aux soins de M. le docteur Fantin, de Seine-Port, qui nous a fourni les détails suivans sur les suites de l'opération.

Le 16 juillet, après l'opération, le pouls est large et développé (petit-lait

nitré et orangeade pour boisson); le soir, fièvre violente, dyspnée (forte saignée du bras); nuit assez tranquille. Le 17, céphalalgie violente, pouls dur, cent dix pulsations; face animée (saignée de douze onces). Le 18, mieux sensible, fièvre diminuée; on lève l'appareil, dont toutes les pièces sont baignées de sang; les bandelettes n'ont réuni aucun des lambeaux, dont les bords sont très-écartés, mais ils adhèrent déjà dans presque toute leur étendue aux parties sous-jacentes; la surface, mise à découvert, est inégale, raboteuse. M. Fantin enlève de petits fragmens osseux qui n'avaient pas été entraînés par les lavages faits après l'opération : on voit battre l'artère sous-clavière à l'angle supérieur de la plaie (compresse fenêtrée, énorme gâteau de charpie). L'exsudation sanguinolente continue d'être si abondante, qu'au bout de quelques heures tout l'appareil est mouillé. Le 22, la supuration paraît s'établir franchement. Le 27 se déclarent des signes d'une pleurésie du côté droit, qui cèdent en peu de temps au traitement indiqué en pareil cas. La cicatrisation se fait avec lenteur; une esquille paraît se détacher de la partie gauche du sternum, et trois autres très-petites se séparent du côté gauche. Les pansemens méthodiques furent continués jusqu'au 15 septembre; le 17, le malade fut pris de douleurs musculaires excessivement vives et occupant le cou, les épaules, et surtout les muscles dorsaux : elles cèdent à l'usage de quelques bains. Le 10 octobre la plaie est complètement fermée, et le malade n'éprouve aucune douleur dans la cicatrice, qui est solide, d'une couleur legèrement violacée, entourée de quelques plis radiés. Après l'opération la tumeur a été examinée avec soin par M. le docteur Monod, qui doit publier les détails de sa dissection dans un ouvrage sur les maladies des os.

La figure 1 représente la tumeur vue de face.

N° 1. La tumeur. — 2. Insertion de la portion sternale des muscles mastoïdiens à la partie supérieure de la tumeur.

FIGURE 3.

N° 1. La tumeur précédente, vue de profil. — 2. Insertion des muscles sterno-mastoïdiens sur la tumeur.

FIGURE 4.

Le malade après l'opération, la cicatrice étant complètement achevée.

N° 1. La cicatrice.

FIGURE 5.

Elle représente *une fracture longitudinale du fémur gauche*. (Observée sur le cadavre d'un couvreur qui mourut à l'hôpital Saint-Louis, après une chute qu'il fit du haut d'un toit. Pièce présentée à l'Académie de Médecine.)

N° 1. Le corps du fémur, représentant le fragment externe. — 2. Le condyle externe, séparé par la fracture du — 3. condyle interne. — 4. Le fragment interne s'étendant de l'intervalle des condyles au-dessous du petit trochanter.

FIGURE 6.

Le fragment interne séparé.

FIGURE 7.

Fracture longitudinale incomplète du fémur, opérée par une balle qui avait traversé d'avant en arrière l'extrémité inférieure de cet os, au-dessus des condyles. (Observée en 1814 sur le cadavre d'un soldat russe mort de pourriture d'hôpital.)

N° 1. Perforation arrondie faite par la balle. — 2. Les deux condyles, séparés l'un de l'autre par la fracture, qui remonte au-dessus de l'ouverture de la balle jusque vers — 3. la partie moyenne du corps du fémur.

FIGURE 8.

Fracture incomplète et transversale de la partie inférieure du péroné gauche. (Observée sur le cadavre d'un carrier qui mourut à l'hôpital Saint-Louis à la suite de plusieurs fractures opérées par un éboulement de pierres.) La fracture n'occupait que la moitié interne de l'épaisseur du péroné; en appuyant à son niveau sur la portion intacte de l'os, celui-ci ployait légèrement, et les bords de la fissure éprouvaient un léger écartement.

N° 1. Le tibia. — 2. Le péroné. — 3. La fracture.

FIGURE 9.

Fracture de la base du col du fémur; *enfoncement du col dans le corps de l'os*; *consolidation.* (Observée sur le cadavre d'un vieillard de Bicêtre. Pavillons de l'Ecole-Pratique, 1816.)

Le membre du côté malade n'offrait qu'un léger raccourcissement. Le col du fémur était plus court que celui du côté opposé, et entouré de productions osseuses stalactiformes. L'os ayant été fendu longitudinalement et dans le sens transversal, il fut facile de constater que le col du fémur avait été rompu circulairement à sa base, et enfoncé d'environ cinq lignes dans le corps. La consolidation était parfaite, et la fracture paraissait très-ancienne.

N° 1. Coupe passant par la tête et le col du fémur. — 2. Le grand trochanter, et — 3. le corps de l'os. — 4. Le petit trochanter. 5. La base du col enfoncée dans le corps de l'os. — 6, 6. Le cal formé de productions osseuses qui entourent la fracture.

FIGURE 10.

Elle représente l'étendue que l'on doit donner à l'incision longitudinale de la partie inférieure du prépuce, dans l'opération du phimosis, par le procédé que je crois avoir indiqué le premier, et dont je me sers depuis plus de dix ans. Ce procédé consiste à inciser le prépuce dans toute sa longueur au niveau du frein, au moyen du bistouri conduit sur la sonde canelée; d'un coup de ciseau on coupe ensuite le frein, puis prenant chaque lèvre de l'incision, on les écarte en dehors et elles viennent se placer, pour ainsi dire d'elles-mêmes, au-dessous de la couronne du gland. La plaie, de longitudinale qu'elle était, devient transversale, de sorte que sa réunion se fait dans ce dernier sens : l'extrémité supérieure de l'incision venant se réunir à son extrémité inférieure. Par ce procédé, on rend en largeur au prépuce trop étroit, ce qu'il avait de trop en longueur. Les principaux avantages que j'ai cru reconnaître à cette manière d'opérer sont : 1° une réunion beaucoup plus prompte de la plaie, qui souvent se guérit par première intention, et avec moins de douleur par conséquent; 2° une cicatrice exempte de difformité, le prépuce devenant seulement plus court et plus large, sans présenter les lambeaux flasques et pendans que l'on observe presque toujours après l'opération par l'incision de la partie supérieure de ce repli membraneux.

N° 1. La verge, vue par sa face inférieure. — 2. Le prépuce étroit et prolongé au-delà du gland. — 3. Légère saillie formée par le gland. — 4. Incision longitudinale étendue du sommet du prépuce à la base du frein.

FIGURE 11.

La pièce précédente, représentée lorsque l'on écarte les lèvres de la plaie longitudinale pour les affronter dans le sens transversal.

N° 1. Le gland mis à découvert. — 2. La verge.— 3. Angle supérieur de la plaie, s'abaissant pour venir à la rencontre de — 4. l'angle inférieur qui s'élève en même temps. — 5, 5. La partie moyenne des lèvres de la plaie, tirée en dehors, afin de les affronter et de les réunir transversalement.

FIGURE 12.

La même pièce, l'incision du prépuce étant ramenée sous la couronne du gland.

N° 1. Le gland. — 2. Partie moyenne de la plaie, résultant de l'affrontement de l'angle supérieur et de l'angle inférieur de l'incision longitudinale. — 3, 3. Les lèvres de l'incision longitudinale, écartées l'une de l'autre et placées sous la couronne du gland.

FIGURE 13.

La même pièce après la guérison, le prépuce étant devenu court et large.

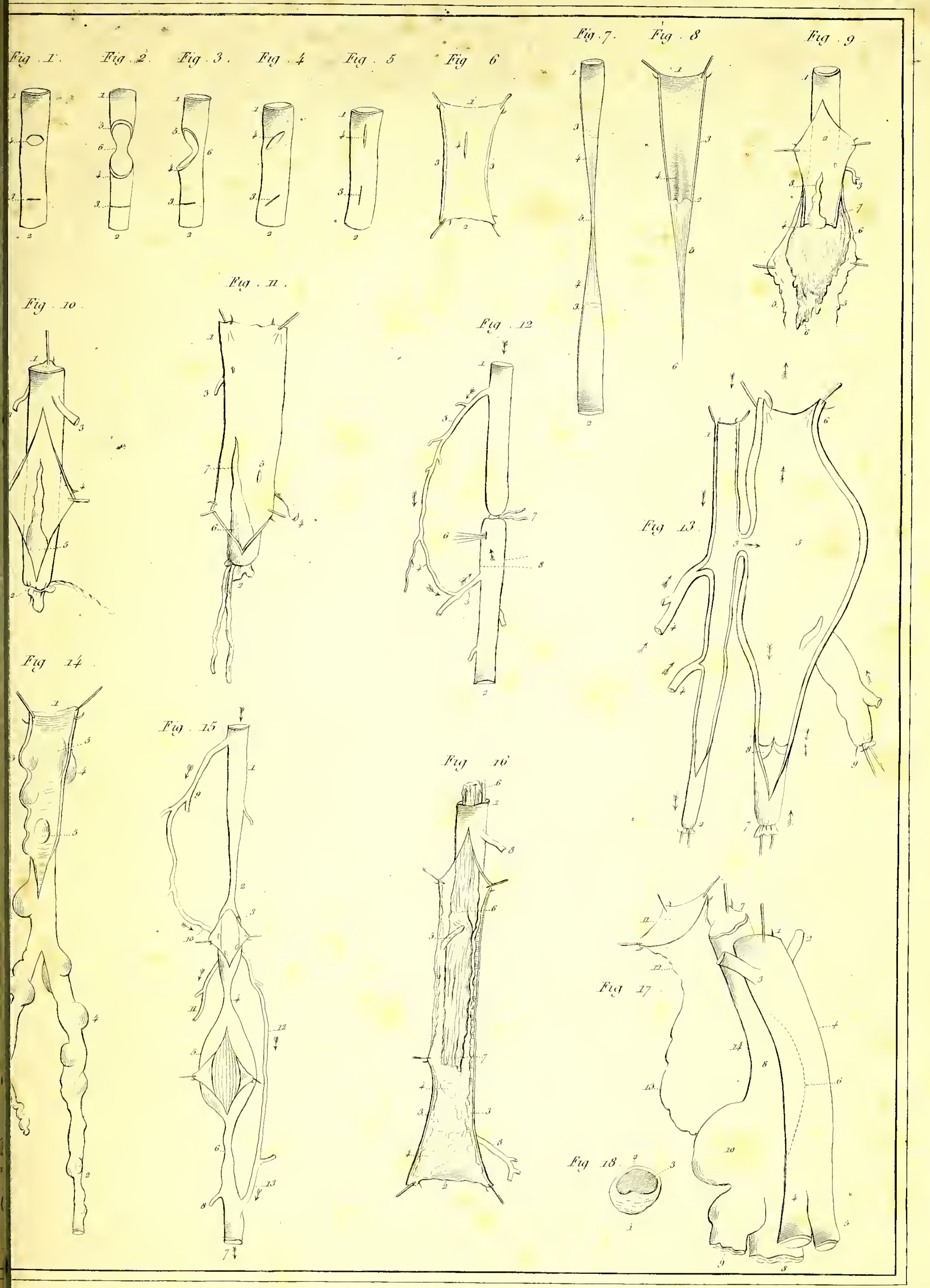
FIGURE 14.

Vice de conformation du prépuce. (Observé à la consultation publique de M. le professeur Dubois, 1817.)

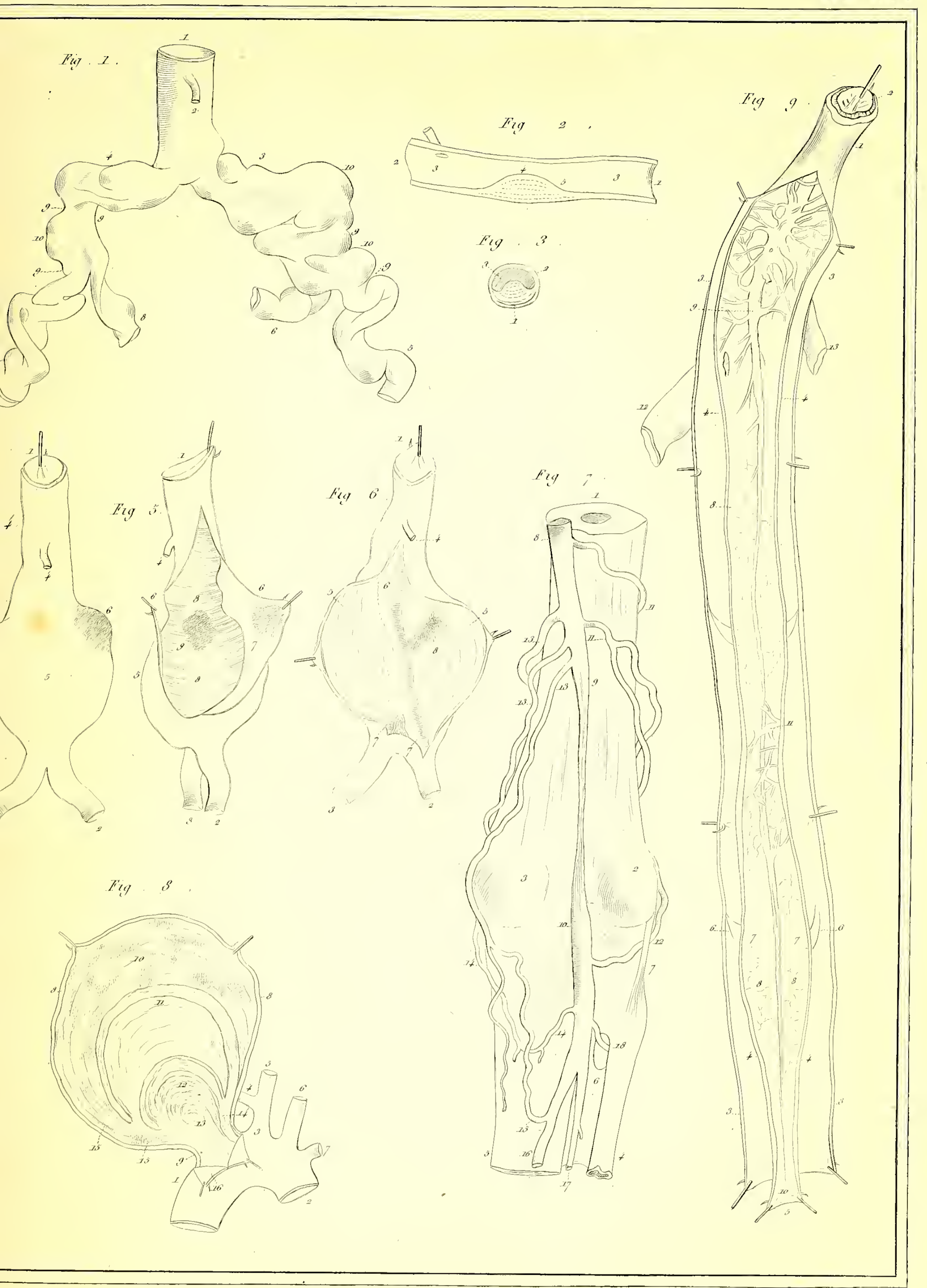
L'enfant, âgé de quinze mois, était né avec la difformité pour laquelle ses parens vinrent consulter M. Dubois. La peau de la verge présentait une ouverture arrondie par laquelle le gland sortait sous forme d'un tubercule rouge; le prépuce, plissé, pendait au-dessous et se prolongeait au-delà du gland. Il était imperforé à son extrémité.

N° 1. La verge. — 2. Le prépuce. — 3. Le gland. — 4. Les testicules.

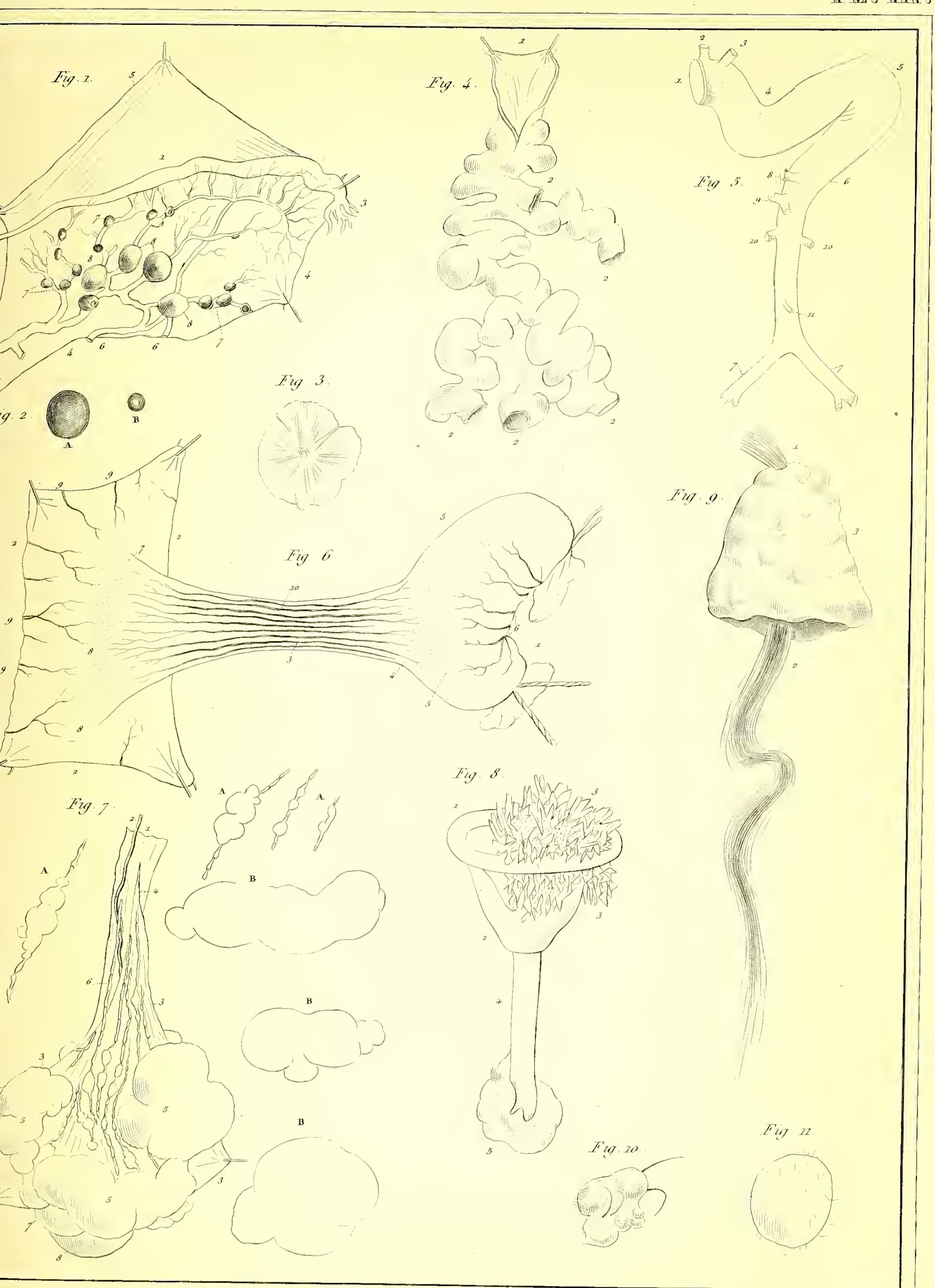
FIN.

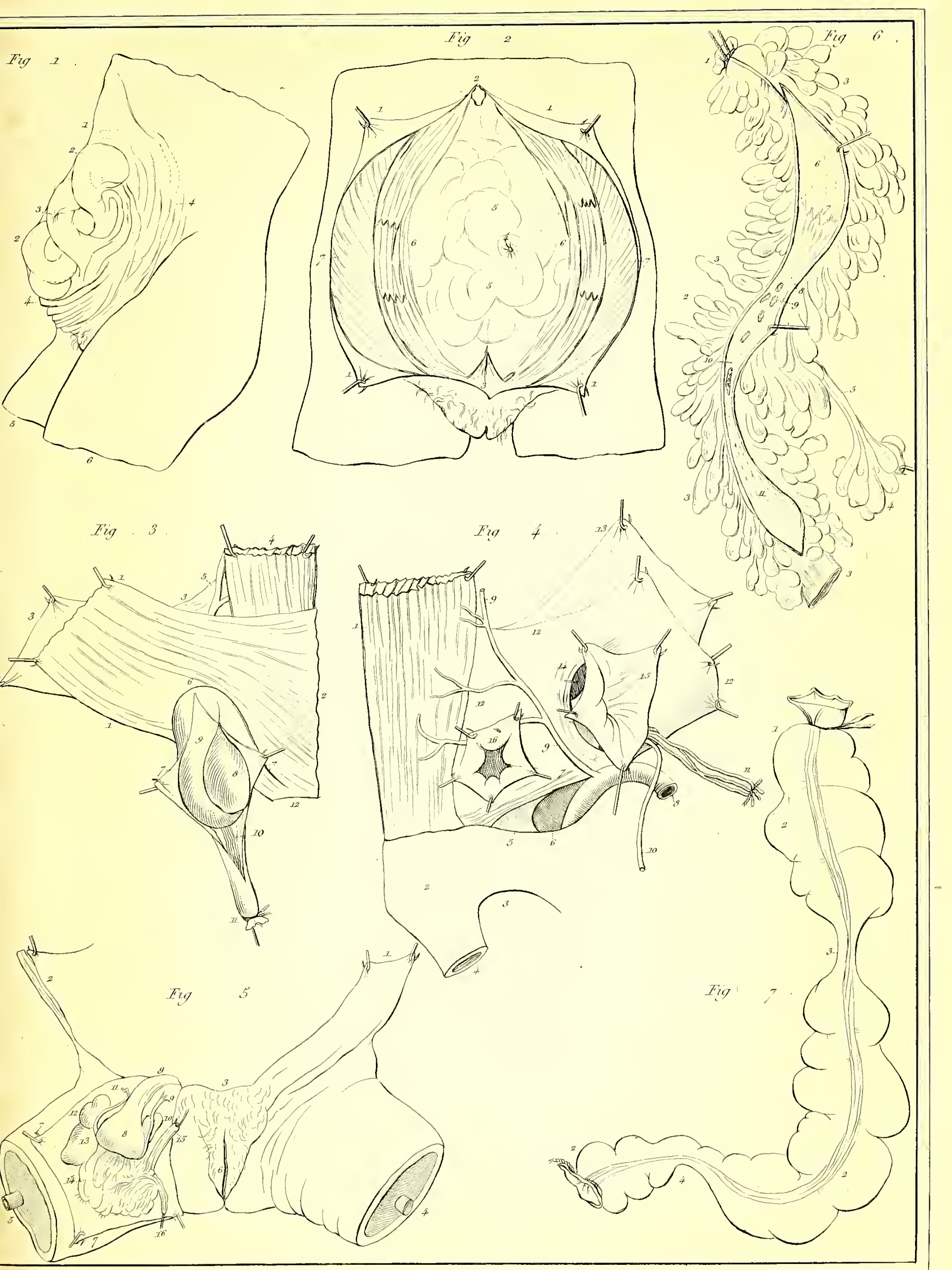

Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3.
Fig. 4.
Fig. 5.
Fig. 6
Fig. 7.
Fig. 8
Fig. 9
Fig. 10.
Fig. 11.
Fig. 12
Fig. 13.
Fig. 14.
Fig. 15
Fig. 16
Fig. 17
Fig. 18.

PL. II.



PL. III.



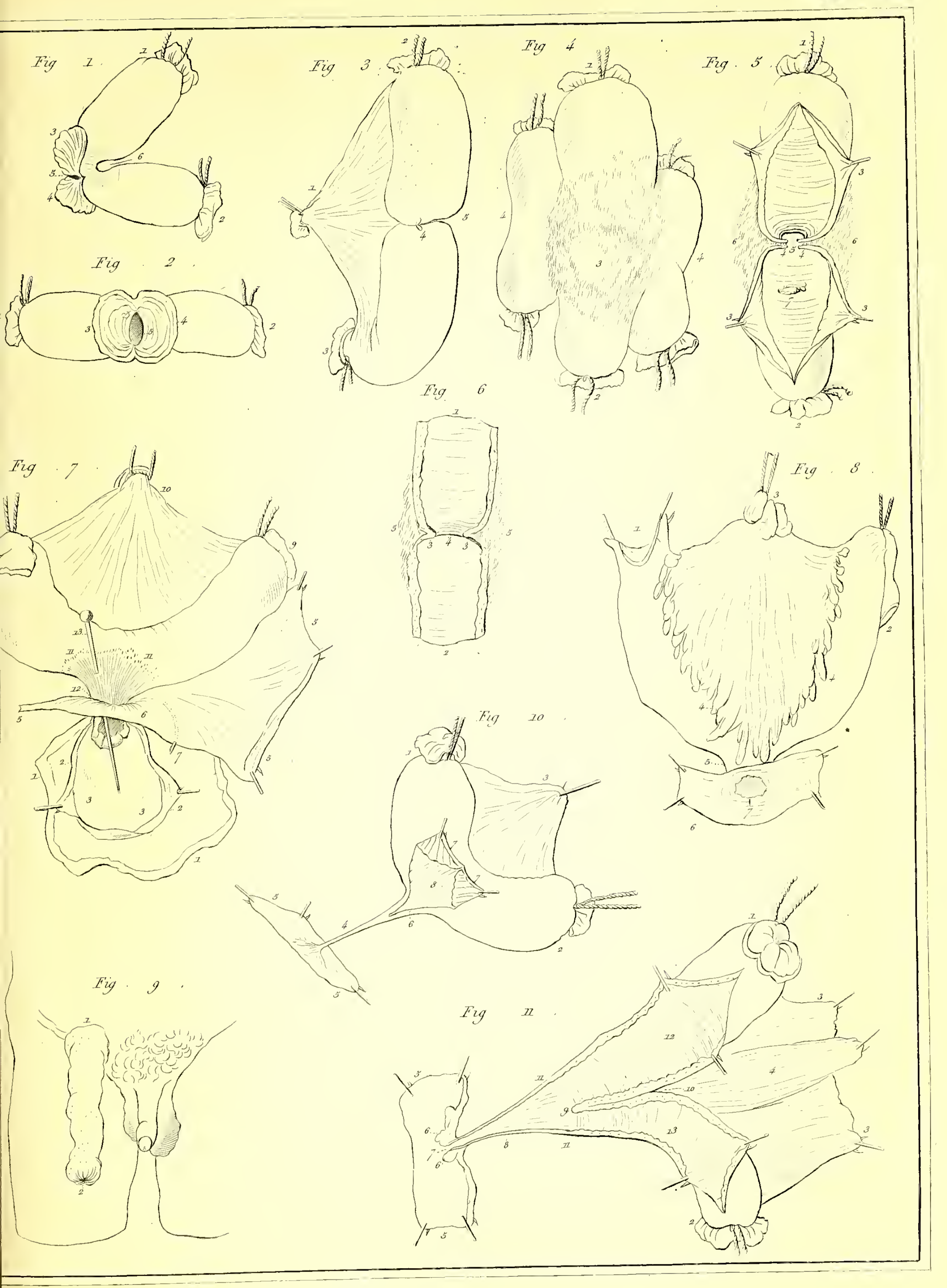


Testard Sculp.

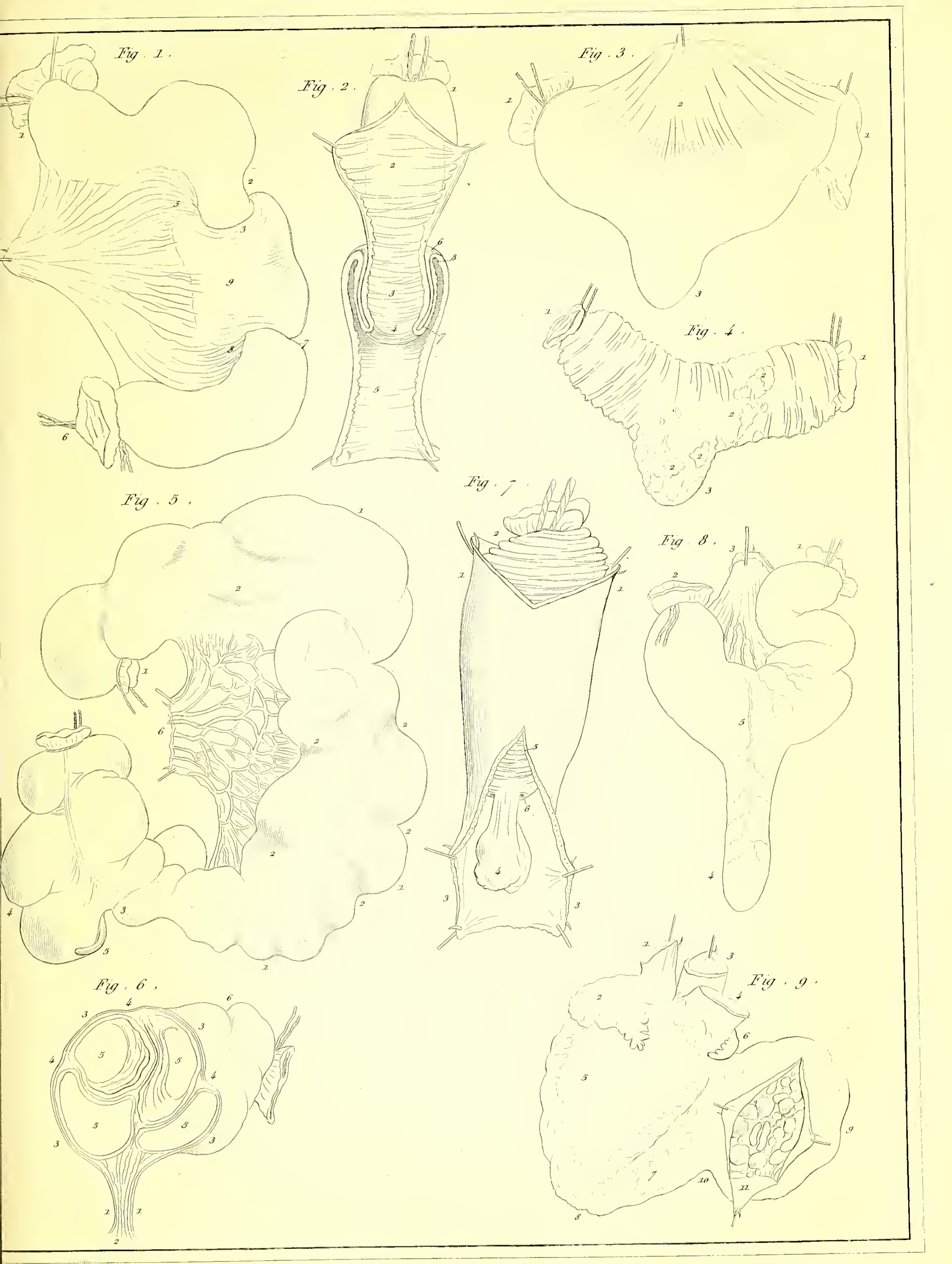
PL. V.

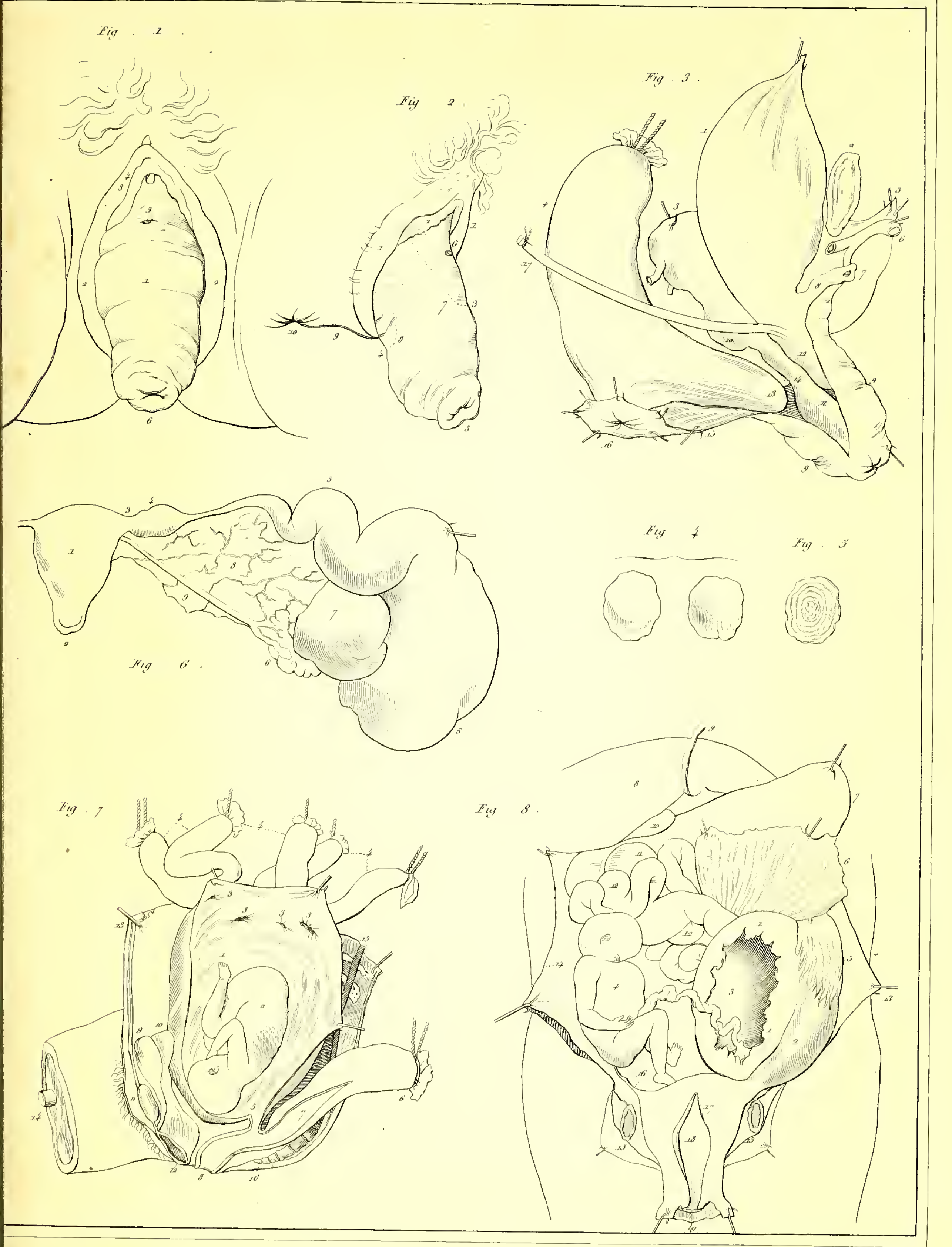


PL. VI.

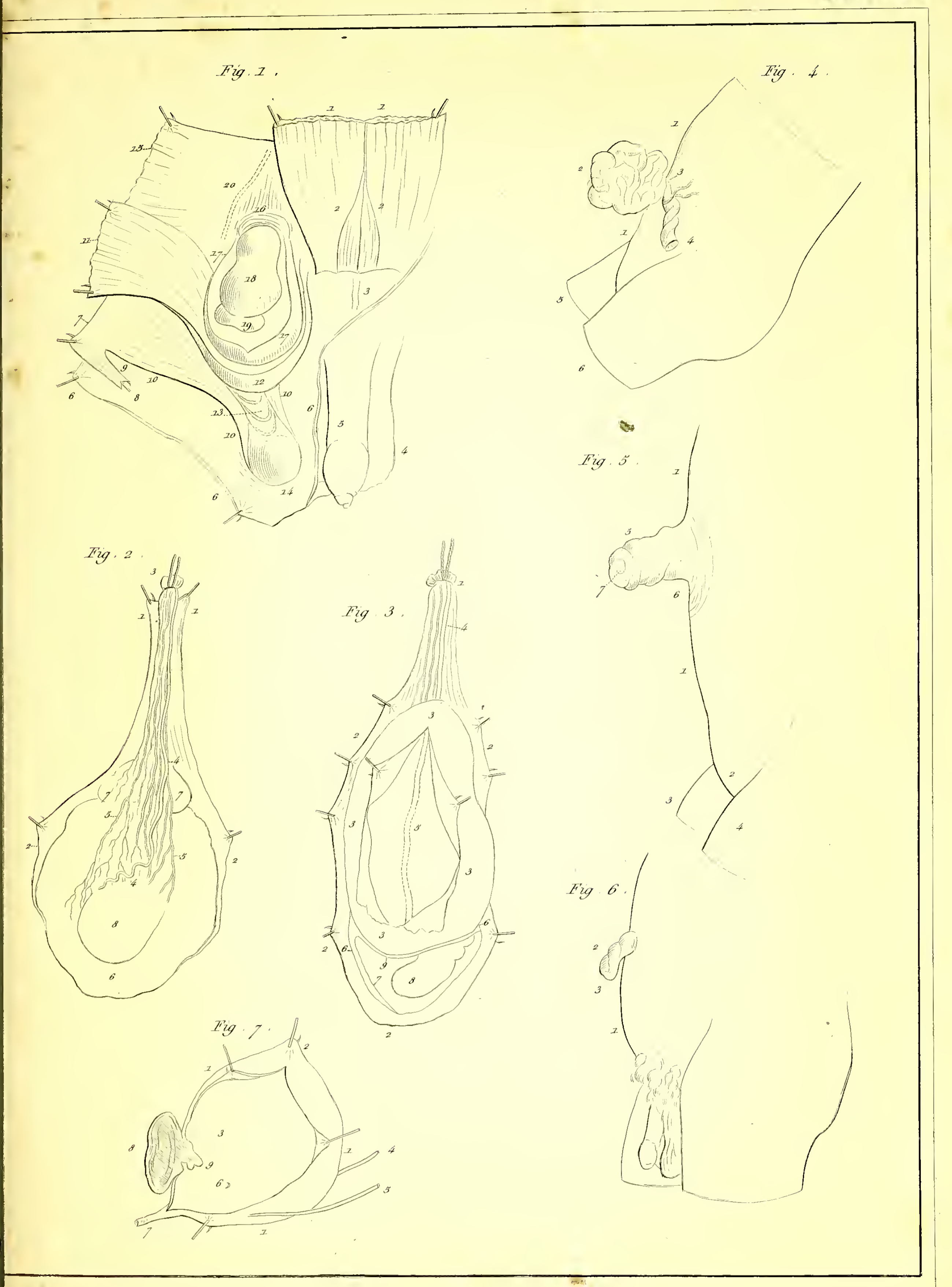


PL. VII.





Tostard Sculp.t


Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3.
Fig. 4.
Fig. 5.
Fig. 6.
Fig. 7.

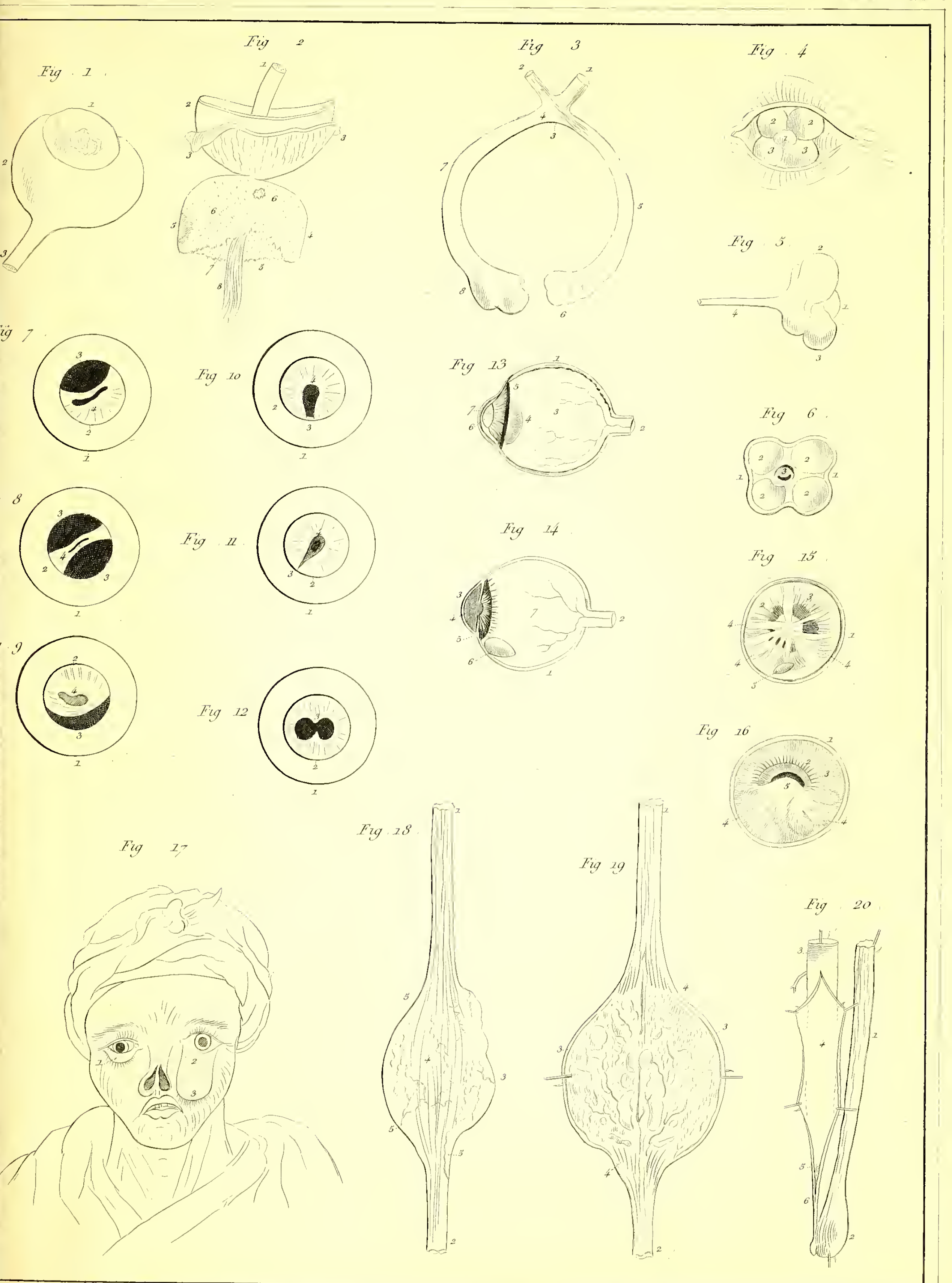
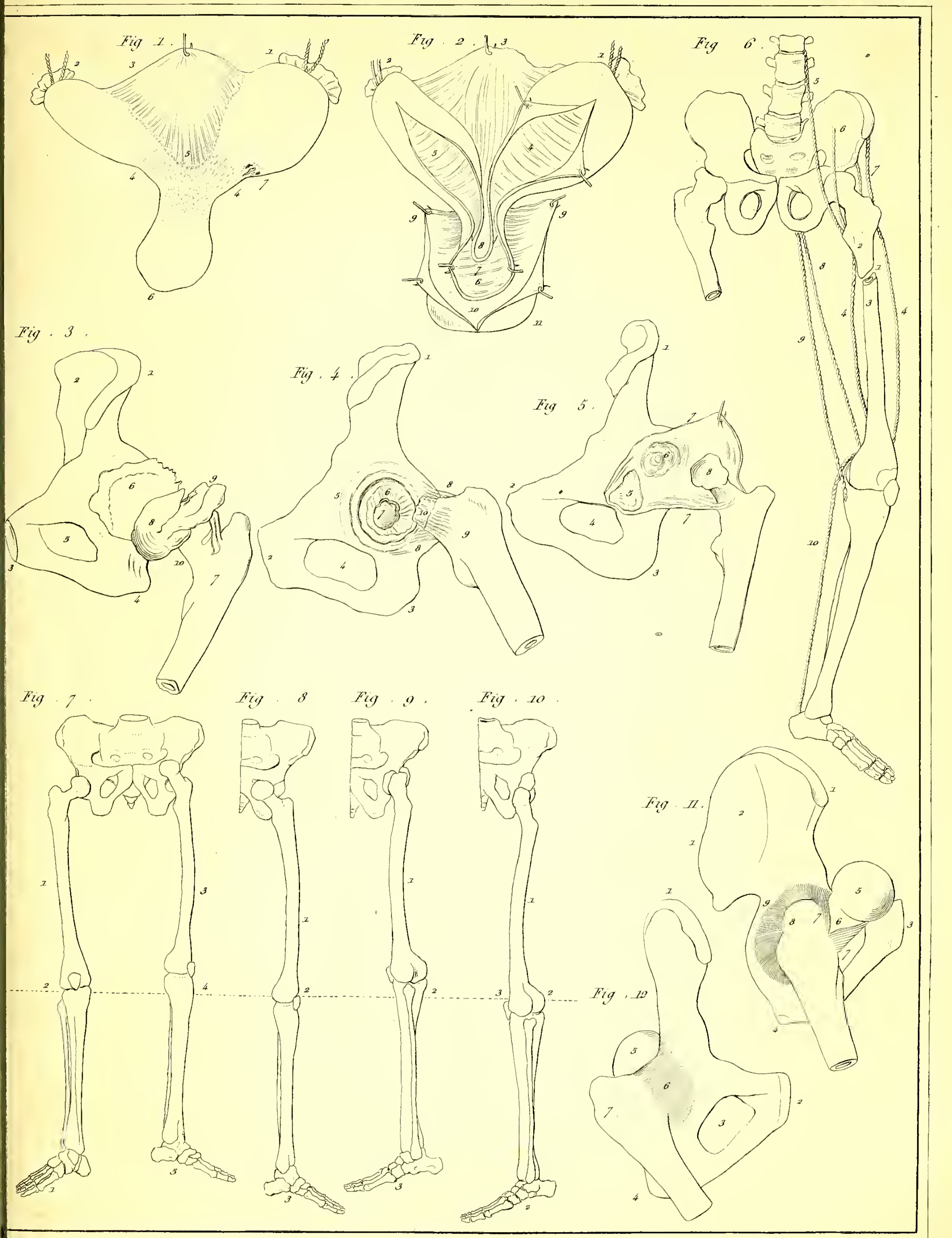
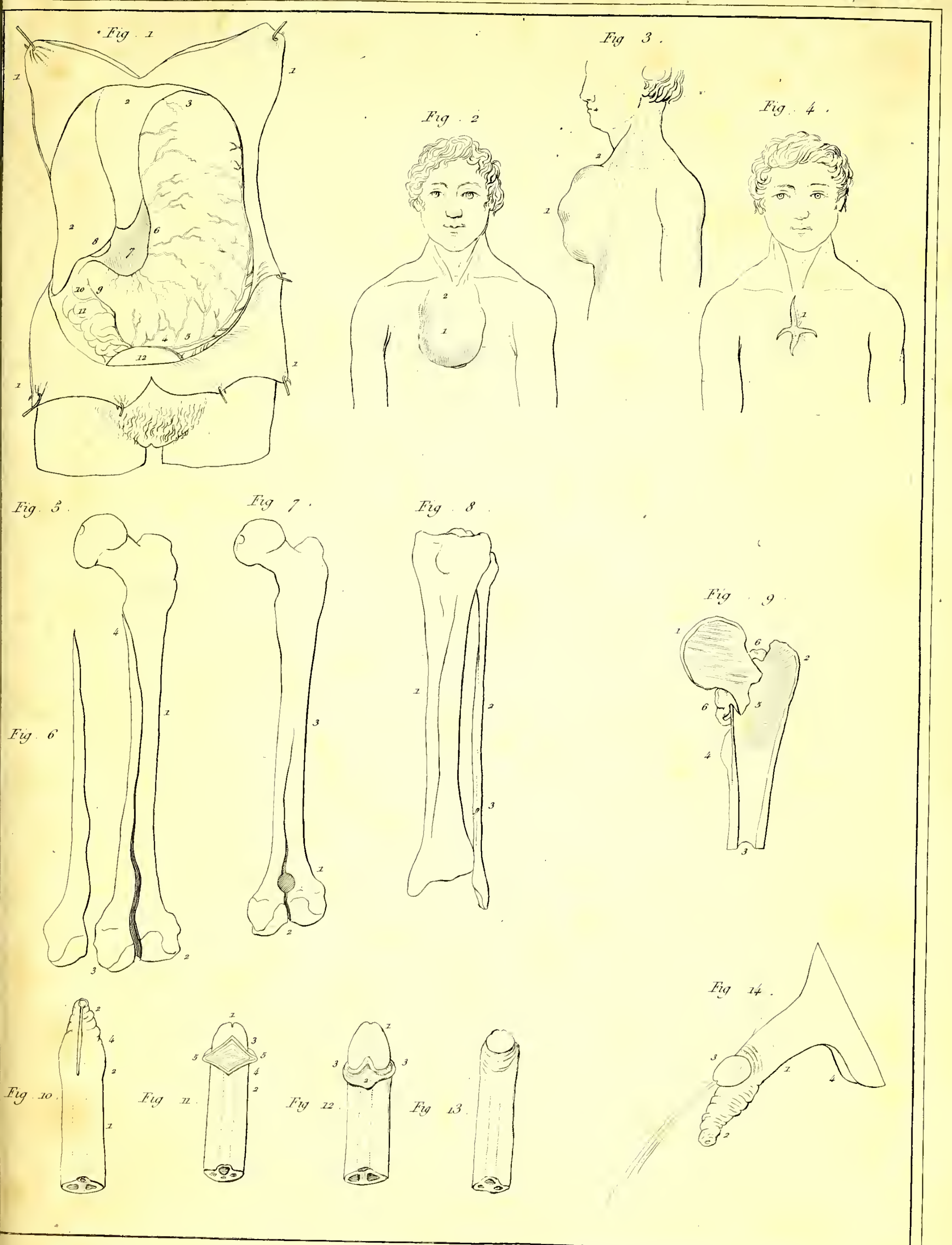


Fig. 1.
Fig 2
Fig 3
Fig. 4
Fig. 5
Fig 6.
Fig 7.
Fig 8
Fig 9
Fig 10.
Fig 11.
Fig 12
Fig 13
Fig 14.
Fig 15.
Fig 16
Fig 17
Fig. 18.
Fig 19
Fig. 20.



Testard Sculp.



Testard Sculp.t